



204663
201

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

MEDIOS MASIVOS DE
COMUNICACION Y EDUCACION
PARA LA SALUD

CAMPAÑA NACIONAL DE HIDRATACION
ORAL EN MEXICO 1988.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA
COMUNICACION

P R E S E N T A
CECILIA RODRIGUEZ DORANTES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Pág

INTRODUCCION	1
I. MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION, EDUCACION Y SALUD	7
1.1 Modalidades de la Educación	10
1.2 Educación no formal y salud	15
II. ESTADO MEXICANO Y POLITICAS DE SALUD.	22
2.1 Evolución del concepto salud-enfermedad	22
2.1.1 Sociedad primitiva	23
2.1.2 Esclavismo	24
2.1.3 Feudalismo	25
2.1.4 Capitalismo	26
2.2 El Estado y las políticas de salud en México	31
2.2.1 Antecedentes	32
2.2.2 El paso del Estado Benefactor al Estado Burocrático-Autoritario	37
2.2.3 La salud en el sexenio de Miguel De la Madrid (1982-1988)	43
2.2.3.1 La salud en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988	47
2.2.3.2 Programa Nacional de Salud (1984-1988)	49
III. EDUCACION PARA LA SALUD: CONCEPTO Y DESARROLLO HISTORICO.	58
3.1 Introducción	58
3.2 Antecedentes históricos de la Educación para la Salud en México	60
3.3 Concepto de Educación para la Salud	64
3.4 Objetivos de la Educación para la Salud	69
3.5 Marco jurídico de la Educación para la Salud en México	72
IV. LA EDUCACION PARA LA SALUD EN MEXICO 1982-1988. ESTRUCTURAS ORGANICAS Y PROGRAMAS DE ACCION	77
4.1 Antecedentes	77
4.2 Estructuras orgánicas de la Dirección de Educación para la Salud de 1982 a 1988	82
4.3 Plan Nacional de Educación para la Salud 1982-1988, el Programa de 1984-1985 y lo que sucedió de 1985 a 1988	89
4.3.1 Plan Nacional de Educación para la Salud 1982-1988	90
4.3.2 Programa de Educación para la Salud 1984-1985	95
4.3.3 La Dirección de Educación para la Salud de 1985 a 1988	100

V. PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LAS DIARREAS EN MEXICO	104
5.1 Introducción	104
5.2 Morbimortalidad infantil por diarreas en México	105
5.3 Programa de Control de Enfermedades diarreicas (CED)	108
5.4 Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas (PRECED)	111
VI. CAMPAÑA NACIONAL DE HIDRATACION ORAL EN MEXICO 1988	118
6.1 Introducción	118
6.2 Antecedentes sobre el empleo de medios masivos de comunicación en campañas de hidratación oral	119
6.3 Campañas de hidratación oral en México de 1982 a 1987	121
6.4 Campaña Nacional de Hidratación Oral en Diarreas en México 1988	126
6.4.1 Convenio Secretaría de Salud -Agencia para el Desarrollo Internacional	130
6.4.2 Estrategia de Comunicación Educativa de la Campaña de Promoción del Nuevo Sobre de Hidratación Oral	135
6.4.3 Programa de Cine Rural	156
6.4.4 Capacitación	161
6.4.5 Recursos financieros ejercidos para la Campaña Nacional de Hidratación Oral en Diarreas 1988	163
VII. ANALISIS DE CONTENIDO DE LOS MENSAJES DE CINE Y TELEVISION DE LA CAMPAÑA	170
7.1 Introducción	170
7.2 Objetivo del Análisis	171
7.3 Hipótesis.	172
7.4 Corpus.	172
7.5 Categorías y unidades de análisis	172
7.6 Análisis de contenido del spot de televisión	175
7.7 Análisis de contenido del mensaje de cine rural.	186
7.8 Conclusiones del análisis	194
VIII PARA UN BALANCE DEL SEXENIO 1982-1988	198
8.1 Realizaciones de la Dirección de Educación para la Salud en México 1983-1988	198
8.2 Resultados del programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas (PRECED)	212
8.3 Para un balance del sexenio de Miguel de la Madrid.	213
Análisis y Conclusiones	218
Bibliografía	230
Cuadros, Figuras y Anexos	242

INTRODUCCION

El desarrollo de los medios masivos de comunicación y su penetración en distintas esferas de lo social ha despertado el interés por conocer cuáles han sido los factores que han determinado tal fenómeno.

Concretamente en el campo de la salud, hemos visto cómo los medios masivos de comunicación se han ido empleando cada vez con mayor frecuencia en la implementación de campañas* de educación para la salud sobre diferentes temas.

En el caso de México, y sobre todo en el último sexenio (1982-1988) se ha dado un impulso muy grande al empleo de medios masivos para difundir mensajes de salud. Así fueron instrumentando una serie de campañas entre las que sobresalieron la del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), días nacionales de vacunación, hidratación oral, donación altruista de sangre, etc.

La ausencia de estudios críticos acerca de los nexos entre

* Por "campaña de educación para la salud" entendemos el uso de medios masivos de difusión (televisión, radio, cine, prensa, etc.) y de la comunicación cara a cara para transmitir mensajes de salud a la población en relación a una problemática concreta, con el fin de provocar cambios a nivel de conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la salud.

los medios masivos de comunicación y el campo de la salud, nos condujo a adentrarnos en el análisis de la relación Estado*-Sector Salud/Medios Masivos de Comunicación con el fin de determinar cuál es el papel que los medios juegan dentro de las campañas de salud y éstas dentro del proyecto de Estado Mexicano.

Para aproximarnos al análisis de esta relación estamos partiendo de la concepción de salud-enfermedad "como un proceso, cuyos elementos se encuentran en continua interacción dialéctica, y que al formar parte de una realidad social concreta se encuentra ligado a su historia, influyendo y siendo influido por su constantes transformaciones socioeconómicas..."**

En este sentido, interesa dejar asentado que el hecho de

*En relación al concepto de Estado del cual partimos en esta investigación, retomamos los planteamientos de Javier Esteinou en el sentido de que "el estado no es meramente un aparato represivo que permite que la clase dominante ejerza su dictadura a través del aparato militar, policial, jurídico, etcétera, sino que también posibilita el ejercicio de su poder a través del aparato educativo, cultural, informativo, etcétera." "Por ello, debemos entender el estado como "el conjunto de órganos por medio de los cuales se ejerce la hegemonía y la coerción de la clase dirigente sobre las clases subalternas, no con la mera intención de preservar, defender y consolidar sus intereses económicos-políticos, sino también para elaborar una acción educativa de conformidad con el conjunto del cuerpo social, de manera que los objetivos e intereses de la clase dominante aparezcan como datos y valores universales." ESTEINOU MADRID, Javier. Los medios de comunicación y la construcción de la hegemonía, CEESTEM/Nueva imagen, 1a, ed. 1983, p. 25.

**GONZALEZ PINEDA, Ma. Oralia. El Estado Latinoamericano y los servicios de salud: 1970-1985. Estudio de tres casos. Tesis sociología, UNAM/FCPyS., octubre 1989, p. 3-4.

ubicar el análisis del papel que los medios masivos juegan en campañas de educación para la salud a partir de la consideración de la salud y la enfermedad como un proceso, corresponde a nuestro interés por la recuperación conceptual de lo que es la dinámica y la dialéctica de los fenómenos sociales. Es decir, estamos partiendo de la ubicación de dichas campañas en el contexto económico, social y político del sexenio 1982-1988.

Así, para el desarrollo de la presente investigación se eligió como estudio de caso la Campaña Nacional de Hidratación Oral realizada en México en 1988 a cargo de la Dirección de Educación para la Salud de la Secretaría de Salud, para a partir de ahí llevar cabo el análisis de nuestro objeto de estudio: la relación Estado Sector Salud/Medios Masivos de Comunicación.

La elección de la Campaña Nacional de Hidratación Oral de 1988 se hizo determinado su importancia en base a los siguientes criterios:

- 1) La grave problemática de morbi-mortalidad por diarreas en México.
- 2) El hecho de que el gobierno mexicano considera las acciones de lucha contra esta problemática como acciones prioritarias.
- 3) Se trata de la única campaña elaborada en el sexenio pasado que utilizó radio, televisión y cine.

- 4) Para la realización de la campaña se contó con financiamiento externo (AID)* y financiamiento nacional privado (FMS)**
- 5) Se eligió 1988 porque en ese año se elaboró la campaña más importante en todo el sexenio en materia de hidratación oral.
- 6) Se eligió la campaña elaborada por la Dirección de Educación para la Salud de la Secretaría de Salud, y que ésta, jurídicamente es la responsable de llevar a cabo dichas acciones a nivel nacional.

Queremos dejar asentado que si bien esta campaña integró tanto el empleo de medios masivos de comunicación como laborales de capacitación (comunicación cara a cara), para nuestro análisis únicamente estamos considerando la elaboración y transmisión de los mensajes de salud a través de la radio, la televisión y el cine por el alcance que estos medios tienen y por ser los que absorbieron la mayor parte de los recursos económicos destinados a la campaña del nuevo sobre de sales hidratantes llamado VIDA SUERO ORAL.

* AID Agency for International Development (Agencia para el Desarrollo Internacional).

** FMS = Fundación Mexicana para la Salud

Las hipótesis de trabajo planteadas para esta investigación son las siguientes:

- 1) Suponemos a nivel de hipótesis que el empleo de medios masivos de comunicación en campañas de educación para la salud obedece más a un proyecto de la legitimación del Estado mexicano, que a intereses relacionados con el bienestar de la población en materia de salud.
- 2) Pese a que el gobierno mexicano reconoce la importancia de impulsar la educación para la salud, no han sido suficientemente priorizados los programas de acción en esta área debido a que las políticas sanitarias del gobierno en la práctica, han estado más encaminadas a fines curativos, que a la prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- 3) Suponemos que la campaña de hidratación oral implementada a través de medios masivos de comunicación en 1988, ha carecido de la planeación, ejecución y evaluación necesarias, no sólo para optimizar recursos sino para evitar la duplicidad de funciones. Además de que se ha caracterizado por la improvisación y la ausencia de sustentos teóricos para basar la producción de mensajes. A manera de hipótesis suponemos que este hecho se debe un proyecto de Estado en donde lo importante no son los resultados en relación a la salud que se pueden obtener con la implementación de

campañas, sino el manejo de la imagen del propio gobierno.

- 4) En México se siguen subutilizando los medios masivos de comunicación en el campo de la salud, no obstante la infraestructura tanto pública como privada con la que se cuenta, además de la existencia de tiempos oficiales.

Por último, con el fin de lograr una contextualización social, política y económica lo más exacta posible de esta campaña, se llevaron a cabo tres estudios complementarios:

- Estudio introductorio de la relación entre el Estado mexicano y las políticas de salud.
- Breve estudio del panorama epidemiológico de las diarreas en México.
- Introducción al Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, Programa Nacional de Salud 1984-1988 y Programa Nacional de Educación para la Salud 1982-1988.

CAPITULO I

I. MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION, EDUCACION Y SALUD

Tradicionalmente en el estudio de la educación y la comunicación ha existido una especie de divorcio entre ambos procesos. Así tenemos que cuando se menciona a la educación se tiene a delimitarla única y exclusivamente dentro del ámbito escolarizado, mientras que, cuando se habla de comunicación, se alude de inmediato a los medios de comunicación masiva, asumiéndoles una función casi exclusivamente centrada en el entretenimiento.

Pese a lo anterior, y desde hace varias décadas, hemos podido observar cómo la comunicación ha ido poco a poco penetrando el ámbito educativo, por una parte a través del empleo de medios de comunicación como auxiliares en el proceso enseñanza-aprendizaje dentro del aparato escolar y por otra, asumiendo claramente una función educativa, intencional o no, a través de la difusión de mensajes en los diferentes medios en la modalidad que se conoce como circuito abierto.

Además del campo educativo, los medios de comunicación y las llamadas nuevas tecnologías de comunicación han ido expandiendo su influencia a otros campos del quehacer social, pero no debemos olvidar que su desarrollo fue el producto de intereses que nada

tenían que ver con estas actividades. De tal forma que sabemos que su surgimiento, situado en los Estados Unidos, se debió a la contribución fundamental de tres sectores sociales:

1. La institución militar que apoyó activamente la investigación.
2. Las grandes corporaciones transnacionales, que fueron quienes recibieron los contratos para producirlas, además de adaptarlas a sus propios fines, y
3. El gobierno nacional, quien en lo general financió la iniciativa, siendo hasta la actualidad, uno de los principales compradores de esos productos. (1)

Una vez desarrolladas estas tecnologías, poco a poco se fue pensando en su posible utilización en diversas áreas sociales. Así, a partir de los resultados alentadores de su empleo en experiencias educativas, se incrementó la posibilidad de emplearlas como instrumento de apoyo en proyectos que apuntaran a la solución de la problemática educativa en América Latina y otros países del mundo (2). Sin embargo consideramos que el factor más decisivo en la determinación del uso educativo de los medios, fue el interés del sistema capitalista por difundir la ideología dominante de manera masiva y lograr su propia legitimación a través de éstos.

En el caso de Latinoamérica, y concretamente en nuestro

país, la introducción del empleo de los medios de comunicación en la educación, tampoco fue ajena a factores de tipo económico, político e ideológico. En México el uso de medios audiovisuales en la educación se inició en 1964, como parte de un plan educativo modernizador global, que respondió a intereses de carácter interno y externo, y su impulso se incrementó a partir de la década de setenta.

Este fenómeno coincide con la introducción de la Tecnología Educativa en nuestro país, cuyas bases teóricas se fundamentan en el conductismo y el cognoscitivismo (de orientación estructural funcionalista), en la teoría general de sistemas y en la teoría de la comunicación. Y es precisamente la Tecnología Educativa la que impulsó el empleo de medios masivos de comunicación en el campo de la educación, como parte de un proyecto expansivo de los Estados Unidos hacia los países periféricos.

De acuerdo con Meléndez Crespo, "el creciente uso de los medios de comunicación colectiva a nivel mundial, que se fue un suceso hermanado primero con el desarrollo de los países capitalistas avanzados, y luego con la expansión del capitalismo en los países en desarrollo, tuvo influencia decisiva par la educación en México, en tres aspectos:

Primero, en el empleo de los medios de comunicación colectiva como elemento de apoyo para la labor ideológica del

sistema capitalista (función que corresponde a la categoría de la educación informal).

Segundo, en el uso de estos medios en programas de educación no formal, como una función paralela a la anterior, pero presentada como una necesidad de impulsar el desarrollo en un sistema capitalista dependiente, por ejemplo en programas de planificación familiar, educación de adultos, de extensión agrícola, etc.

Tercero, en el impulso a la formación de profesionistas del área de la comunicación colectiva, a través de la creación de la carrera en varias universidades del país..." (3)

1.1 Modalidades de la Educación

El empleo de los medios en programas de educación no formal ha venido a plantearnos una concepción diferente sobre la educación. Por ello creemos importante subrayar que en este trabajo entenderemos la educación como "... un proceso continuo que rebasa las paredes de la institución escolar, que resulta de las experiencia adquirida por los sujetos en la gama de relaciones que establecen dentro de los diversos ámbitos de la vida social." (4)

Al respecto, Thomas La Belle (5) señala que debido a que

siempre se ha considerado que la educación es la que se imparte en las escuelas, no se han comprendido bien las posibilidades que puede ofrecer una concepción más amplia de la misma. Este autor considera que debemos conceptualizar la educación como un continuo que va de la educación informal a la no formal y finalmente a la formal. Señala, además, que estas tres modalidades de la educación en la práctica, no son entidades separadas, sino modos predominantes o modos de énfasis. (Ver figura no. 1)

De acuerdo con Mercedes Charles, estas tres modalidades de la educación se pueden caracterizar de la siguiente manera:

- 1) Educación Formal "... corresponde al sistema educativo estructurado, que se rige de acuerdo a determinados planes y programas de estudio; es sistemática y progresiva, y abarca desde la educación preescolar hasta la universidad. La educación formal, implica, por lo general, la relación directa maestro-alumno. Entre sus objetivos principales está el de transmitir a los educandos las herramientas necesarias para adaptarse a la vida social y laboral, según la posición que tengan en la gama de relaciones sociales en las cuales están insertos." (6)

- 2) Educación no Formal "es aquella que pretende generar un cambio en las condiciones socioeconómicas de los educandos a

través de programas realizados con un propósito específico. A través de ellos se busca la adquisición de destrezas y habilidades prácticas que permitan elevar el nivel de vida de los destinatarios del proceso." (7)

La misma autora señala que esta modalidad educativa surge como alternativa distinta a las formas escolarizadas. Este tipo de educación se dirige principalmente a grupos y sectores sociales marginados de ahí que "entre sus objetivos primordiales esté el de coadyuvar a disminuir la desigualdad social, al proporcionar a los receptores una serie de herramientas para mejorar sus condiciones de vida. Los programas de educación no formal abordan generalmente problemas específicos que responden a necesidades concretas." (8)

Tanto el propio gobierno como distintas asociaciones de carácter privado y social se han adentrado en el empleo de los medios masivos de comunicación para llevar a cabo programas de educación no formal sobre diferentes tópicos. Las políticas que determinan el empleo de medios de comunicación colectiva en este tipo de educación han seguido dos vertientes principales:

- a) "La que corresponde a las políticas de desarrollo que se generan en los grupos de poder-económico, político o religioso-, para promover cambios de conducta y valores, así como para transmitir habilidades a fin de que los

destinatarios se adapten al proceso de desarrollo que desean promover. Este tipo de programas surgen de políticas públicas o de proyectos creados por agencias o grupos que buscan promover el desarrollo. Pueden tener carácter regional o local, para adecuarse más a los requerimientos de poblaciones específicas, o bien, de carácter nacional, utilizando medios de comunicación con ese alcance, para atender una problemática generalizada."

- b) La segunda vertiente es la que se refiere a los "programas (que) buscan dar respuesta a las necesidades e intereses de los propios destinatarios del proceso en el cual, muchas veces, ellos mismos pueden llegar a convertirse en emisores." (9) Debido a factores económicos, este tipo de procesos se desarrollan principalmente a través de la radio o medios de comunicación escrita. Debemos subrayar que tanto en el caso de la educación formal como en la no formal, el empleo de medios de comunicación implica la intencionalidad del emisor para generar aprendizajes que conduzcan a determinados objetivos.

Es Callaway quien nos ayuda a captar la naturaleza general de los esfuerzos de educación no formal al delinear algunas de sus características comunes. Este autor dice, que por lo general, los programas de educación no formal:

- 1) Sirven de complemento a la educación formal.
- 2) Tienen diferente organización, distintos patrocinadores diversos métodos de instrucción.
- 3) Son voluntarios y están destinados a personas de edades, orígenes e intereses diversos.
- 4) No culminan con la entrega de credenciales o diplomas.
- 5) Se realizan donde la clientela vive y trabaja, y
- 6) Su ritmo, su duración y su finalidad son flexibles y adaptables. (10)

Al respecto, el mismo La Belle señala que las publicaciones sobre la educación no formal indican que frecuentemente a esos programas les faltan:

- Recursos para llevar a cabo lo que se proponen y admitir a todos los que desean inscribirse en ellos.
 - Organización y colaboración, lo que provoca duplicación de esfuerzos.
 - Evaluación de los resultados efectivos.
 - Incentivos para que los participantes completen los programas (por ejemplo, plazas de trabajo), y
 - Comprensión del proceso de cambio social para desarrollar una estrategia que logre efectivamente los resultados propuestos.
- 3) Finalmente, tenemos la Educación Informal que es "un proceso permanente que toda persona vive en sus relaciones, así como en su prácticas cotidianas. En estas experiencias se

incorporan una serie de conocimientos y habilidades, aunque el sujeto no esté consciente de ello." (11)

Montoya y Rebell consideran que la educación informal "constituye la mayor parte del mundo conocido y aprendido por los sujetos, puesto que en el conjunto de experiencias cotidianas se propician procesos de aprendizaje, los cuales ocurren de manera asistemática, a menudo sin intencionalidad explícita, pero que se encuentran plenamente intregadas a la acción individual, de la cual resultan, y a la cual orientan." (12)

Los medios de comunicación masiva cumplen una labor importante en este tipo de enseñanza. Día a día, a lo largo de su programación, los medios están inculcando modas, estilos de vida, estereotipos, creencias y visiones del mundo que el receptor va haciendo propios.

1.2 Educación No Formal y Salud

Para los fines de la presente investigación, consideraremos los medios masivos de comunicación y la salud, dentro de la modalidad educativa no formal, a través del proceso de comunicación colectiva. Por supuesto, ésto no implica que toda la educación para la salud se realice de esa manera, ya que en México se recurre a las tres modalidades educativas y a los diferentes procesos de la comunicación para llevarla a cabo.

Cada día son más las naciones que están recurriendo al empleo de los medios de comunicación para llevar a cabo labores de educación para la salud, e instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), subrayan la necesidad de que los diferentes gobiernos den prioridad a las labores preventivas sobre las curativas y rehabilitadoras, y urgen a impulsar las labores de educación sanitaria con el empleo de las bondades técnicas, artísticas y educativas que los medios de comunicación ofrecen.

De esta manera, sobre todo en los últimos años, hemos podido ver el fuerte impulso que se ha dado a la producción y difusión de campañas de educación sanitaria a través de medios masivos. Sin embargo creemos que este fenómeno no obedece simplemente a cuestiones de tipo sanitario. En este sentido sostenemos que las campañas de salud y el papel de los medios masivos de comunicación dentro ellas, no pueden ser analizados descontextualizándolos de la organización política, social y económica de la que surgen.

Así, como una primera aproximación a nuestro objeto de estudio, consideramos necesario detenernos un momento en las funciones que los medios masivos de comunicaciones están desempeñando en la actualidad.

De acuerdo con Javier Esteinou ha sido la tradición marxista (desde Gramsci hasta Edgar Jiménez) (ver cuadro No. 1) la que ha señalado al aparato pedagógico como el principal soporte cultural creador de la hegemonía, dada su doble función como reproductor de la calificación de la fuerza de trabajo y de la ideología dominante, función que fue de gran importancia para la reproducción de consenso del modo de producción capitalista en sus etapas anteriores. Sin embargo, señala que en la actual fase de desarrollo del capitalismo, el aparato escolar ha dejado de ser dominante, sin dejar de ser necesario.

De esta forma apunta que "... desde 1930 en adelante, fecha en que se consolida el primer desarrollo de los medios de transmisión electrónica, la tarea de directriz cultural que ejerce el sistema de enseñanza ha sido sustituido por las nuevas funciones ideológicas que realizan los aparatos de difusión de masas." Es decir, en la historia presente... los aparatos de mayor potencial socializador para realizar y consolidar

* Por aparatos de difusión de masas (ADM) Esteinou entiende "al conjunto de instituciones e instrumentos culturales que, derivados del acelerado desarrollo que alcanzan las fuerzas productivas con la primera, segunda y tercer revolución industrial (tecnologías, especialmente de carácter electrónico), son capaces de producir, distribuir e inculcar la ideología de la clase o fracciones de clase que detenta el poder, en la proporción más voluminosa, en la cobertura más amplia, y con la incidencia más constante sobre los campos de conciencia de los diversos grupos sociales que componen la formación social donde se inscriben." (op. cit., p. 59).

cotidianamente al bloque histórico dirigente, en función de las necesidades de existencia, reproducción y transformación que presenta el capital en sus diversas coyunturas de desarrollo, no son los aparatos ideológicos escolares, sino los medios dominantes de difusión masivos (cine y prensa), y, muy en es especial los medios electrónicos de transmisión colectiva (televisión, radio y nuevas tecnologías de comunicación." (13)

A partir de lo anterior, Esteinou señala que esta posición estratégica de los medios de comunicación la han conquistado a partir de las tareas sociales que ejercen por medio de las ideologías que producen, circulan e inculcan. De esta manera, los medios de comunicación llevan a cabo tres funciones vertebrales que el sistema capitalista requiere para existir y reinstalarse como relación dominante dentro del conjunto de relaciones sociales que componen la formación económico-social:

- 1) La aceleración del proceso de circulación material de las mercancías.
- 2) La inculcación de la ideología dominante, y
- 3) Su contribución a la reproducción de la calificación de la fuerza de trabajo.

De estas tres funciones, las que nos interesa destacar para los fines de la presente investigación son las referentes al papel ideológico y reproductivo de la fuerza de trabajo

(educativo) que cumplen los medios de comunicación. En relación al primero, cabe señalar que si bien esta función no es exclusiva de los medios, lo que sí es propio de éstos es la forma masiva, instantánea y de perfección tecnológica con que la ejercen. Así, en base a estos planteamientos, consideramos pertinente señalar dos aspectos:

10. El poder de legitimación continua y acelerada de los medios.

La alta capacidad de transmisión discursiva, continua y acelerada, representa, para fines de legitimación estructural del capitalismo, el mejor medio para crear un consenso ideológico favorable para la reproducción del sistema, como instancia política dominante.

"En esta forma, los aparatos dominantes de difusión masiva actualizan y reactualizan... los campos de conciencia y de comportamiento social con respecto a las coordenadas dinámicas que requiere el proyecto de dominación social. Es a partir de éstos (de los medios), como el sector dirigente crea constantemente su más significativo proyecto cultural de "nación", de "patria", de "historia"; en una palabra, de "participación social". (14)

20. El papel educativo de los medios. Si bien Esteinou lo llama "reproducción de la fuerza de trabajo" y se refiere

exclusivamente a cinco niveles (educación elemental o primera aculturación, nivel de información básica, nivel de capacitación media, nivel de preparación técnica y nivel de educación superior), consideramos importante destacar este papel ya que creemos que es totalmente aplicable al caso de la educación no formal en salud.

De acuerdo con su tesis, la educación es una de las esferas sociales en donde los medios han tenido mayor influencia. Así debido a las necesidades de reproducción del capitalismo, el aparato escolar ha tenido que modernizarse para lograr dos objetivos: a) responder a las nuevas exigencias de acumulación de capital que requiere la moderna fase de concentración de valor por la que atraviesa el capitalismo internacional, y b) atenuar las crisis político-culturales que periódicamente provoca el principio de desarrollo desigual de la formación capitalista. Así, el aparato escolar ha elegido al aparato global de difusión de masas como su principal prolongación técnico-institucional.

En base a estos supuestos teóricos, encontramos que para analizar una campaña de educación sanitaria implementada a través de medios masivos de comunicación tenemos tres alternativas:

- 1) Podemos llevar a cabo análisis de tipo semiológico aplicado a los mensajes de salud.
- 2) Podemos aventurarnos a tratar de medir el impacto de los

- mensajes de manera experimental sobre los receptores, o bien, tratar de evaluar en campo los resultados obtenidos sobre la audiencia-objetivo, y
- 3) Por último, tratar de situar el papel que los medios masivos desempeñan en las campañas de salud y el de éstas dentro de un proyecto de Estado específico.

Dadas las hipótesis que nos hemos propuesto demostrar, creemos que es la última alternativa la que nos podría ayudar a verter algo de luz sobre la relación Estado-Sector Salud/Medios Masivos de Difusión, y ese es precisamente el método de acercamiento que elegimos para el desarrollo de esta investigación.

CAPITULO II

ESTADO MEXICANO Y POLITICAS DE SALUD

El concepto salud-enfermedad ha sido determinante en las diferentes formas de caracterizar la medicina y su práctica de acuerdo a los distintos momentos históricos en los cuales dicho concepto surge. Por tal motivo consideramos que para comprender cuáles han sido las políticas del Estado mexicano en materia de salud y por qué en los últimos tiempos se ha dado tanta importancia a la educación para la salud, debemos primero conocer las diferentes conceptualizaciones que se han elaborado en relación a este proceso.

2.1. Evolución del concepto salud-enfermedad.

Históricamente han habido cuatro concepciones del proceso salud-enfermedad: mágico-religiosa, biológica, ecologista y sociomédica. La primera de éstas fue propia de la época primitiva, del esclavismo y del feudalismo. Las concepciones biológica y ecologista son producto de la irrupción del positivismo en la sociedad y del avance de la ciencia, mientras que la sociomédica surgió de forma paralela a éstas dos pero como una alternativa ante la incapacidad de las concepciones

anteriores para explicar la complejidad del proceso salud-enfermedad en su totalidad.

Para una mayor comprensión de cada una de estas concepciones, las ubicaremos en su momento histórico, retomando la clasificación que Torres Gaitia (15) hace en cuatro periodos: sociedad primitiva, esclavismo, feudalismo y capitalismo.

2.1.1. Sociedad Primitiva.

En este periodo el modo de producción elemental está caracterizado por las actividades de pesca, caza y recolección de alimentos no cultivados. La organización social se reduce a la tribu, el gen o el clan, y las relaciones son las naturales en base a la igualdad colectiva.

En cuanto a las ideas, éstas tienen un carácter mágico. Así, los fenómenos naturales son personificados de manera divina, ya sea buena o mala, pero diferenciada de manera absoluta.

En relación a la salud, en este periodo el hombre no tiene ningún dominio sobre la naturaleza, razón por la cual el hombre sufre todo tipo de inclemencias naturales. En este sentido, el origen de las enfermedades es atribuido a la naturaleza o a castigos divinos, que no sólo se internan en el individuo sino que también afecta a toda la familia, e incluso a toda la tribu.

Cuando llegó a realizarse algún tipo de actividad médica, esta era realizada de acuerdo con su ideología, es decir, estaba dotada de una carácter mágico también.

2.1.2. Esclavismo.

Este modo de producción está caracterizado por la existencia de dos clases sociales: por una parte los esclavos, que representan la fuerza de producción y que son tratados como objetos susceptibles de compra, venta y aun de ser eliminados físicamente. Por la otra están los amos, que son los dueños tanto de los medios de producción como de los mismos esclavos.

En cuanto a las causas de la enfermedad, éstas siguen ubicándose en gran parte en las inclemencias naturales y el concepto salud-enfermedad sigue estando dotado de un carácter mágico. Paralelamente, algunas observaciones empíricas acerca de varios factores físicos o ambientales que afectan la salud empiezan a ser transmitidos de generación en generación, así como el conocimiento empírico sobre algunos usos de plantas medicinales.

En este periodo se inician los estudios de anatomía y fisiología y en cuanto a la práctica médica, ésta responde también a la división de clases, ya que es privilegiada para los amos y discriminada para los esclavos.

2.1.3. Feudalismo.

En el feudalismo el modo de producción se caracteriza por la gran propiedad agraria del señor feudal y por la pequeña propiedad natural de los campesinos, que son dueños de su fuerza de trabajo y de algunos instrumentos de labranza, y que son explotados por los señores feudales por medio de un trabajo servil no remunerado y por el pago obligatorio de diezmos, primicias y otras gabelas.

Gran parte de la época feudal se caracteriza también por el dominio que la Iglesia ejerce, debido a su gran poder político y social. Así, "a la coacción física del Estado se añade la ideología de la religión, la cual de un politeísmo variado y circunscrito a pequeñas áreas de influencia llega a consolidar el dominio de una religión única para grandes zonas geográficas. El cristianismo, budismo o el islamismo se imponen en sus respectivas grandes zonas de influencia, convirtiéndose en un instrumento de sometimiento espiritual de la población"(16).

En este período el hombre avanza poco en el dominio de la naturaleza, motivo por el cual los determinantes de la enfermedad siguen siendo prioritariamente las inclemencias naturales. Al mismo tiempo, los riesgos de enfermar y morir no se distribuyen de manera homogénea puesto que la explotación social que sufren los campesinos los hace más susceptibles a tales riesgos.

Por otra parte, el gran poder de la Iglesia frenó el desarrollo de la medicina y ésta se articuló a la religión en tal forma que la enfermedad es vista como castigo divino y así se daba más importancia al cuidado del alma que al cuerpo (17); ésto llevó al descuido de la higiene, lo que se convirtió en un factor que hizo propicia la aparición de grandes epidemias.

2.1.4. Capitalismo.

De manera general podemos decir que un gran número de circunstancias determinaron el paso del feudalismo al capitalismo. Entre éstas se puede mencionar el hecho de que el cada vez mayor dominio del hombre sobre la naturaleza aumentó la producción, generalizando el carácter mercantil de la misma y creando nuevas necesidades de consumo. El impulso a la manufactura y la producción mecanizada, fue dado por la incorporación de un mayor número de consumidores a través de la ampliación del mercado interno. Se da un crecimiento en las aldeas y las ciudades. Se desarrolla el comercio y las relaciones monetario mercantiles. Todos estos factores, como consecuencia, influyen en el surgimiento de la burguesía, como nueva clase social que luchará contra la nobleza y sus técnicas, hasta lograr implementar un nuevo sistema.

Más tarde la revolución industrial consolida al capitalismo como el modo de producción dominante, lo que implica la

culminación del proceso de individualización de la vida social, ya que las relaciones sociales comienzan a expresarse en términos de relaciones de cambio.

Al mismo tiempo, irrumpe en la escena social el positivismo, el cual no tardó en consolidarse como pensamiento filosófico dominante y así fue extrapolado al estudio de la salud y la enfermedad, aunque predominantemente de la enfermedad. La observación y la experimentación permitieron el desarrollo de la medicina y este nuevo criterio científico viene a modificar la noción de causalidad de la enfermedad, la cual no se puede considerar más ni como maleficio ni como castigo divino, ya que en ese momento se puede demostrar experimentalmente la acción de agentes patógenos como los causantes de la enfermedad. Este hecho ocasiona a su vez el desarrollo de una concepción bipolar de sano y enfermo, considerando la salud y la enfermedad como dos estados definidos, antagónicos y recíprocamente excluyentes. Así surge la concepción biológica de la enfermedad entendida como un fenómeno biológico individual.

En base a esta concepción se desarrolla el modelo médico dominante que comprende el manejo de la salud y la enfermedad, la salud de los trabajadores, la ubicación socioeconómica de la enfermedad en los distintos grupos sociales y la práctica médica. Será el mismo capitalismo el que determinará las características estructurales de este modelo: biologicismo, individualismo,

ahistoricismo, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. En base a lo anterior, la práctica médica comienza a jugar un papel como legitimadora del sistema de dominación de una clase hegemónica sobre las otras.

Por otra parte, las primera décadas del presente siglo (época de la medicina moderna) se caracterizan por la expansión de la medicina pública que basa la atención de la comunidad en la concepción ecologista del proceso salud-enfermedad.

Esta concepción entiende la salud como el resultado del equilibrio del hombre con su ambiente físico, biológico y social, equilibrio que es inestable por las constantes modificaciones de la tríada biológica esencial: individuo-función-ambiente. Sin embargo, esta concepción se considera como una ampliación de la concepción biologista que busca una causa única (agente patógeno) de la enfermedad, ya que también se interesa por encontrar la multicausalidad de la enfermedad en agentes patógenos físico-químicos, y finalmente concibe la enfermedad también como un estado biológico individual.

Asimismo, desde el siglo pasado, paralelamente a la corriente biomédica, surge una nueva corriente de pensamiento llamada sociomédica la cual sostiene que la salud y la enfermedad son manifestaciones del proceso histórico-social. Este concepción fue derrotada primero políticamente junto con los

obreros alemanes y franceses en el movimiento revolucionario de 1818, y después ideológica y prácticamente por la corriente biomédica que proponía remedios que no implicaban cambios en la organización social (18).

Pese a ello, la concepción sociomédica ha resurgido posteriormente y de manera significativa durante los períodos de crisis del sistema capitalista, señalando que la salud y la enfermedad forman parte de un solo proceso dialécticamente relacionado y determinado histórica y socialmente.

Desde esta concepción, el hecho de que la salud y la enfermedad se manifiesten de manera concreta como un fenómeno biológico individual, no niega su carácter social ya que éste está determinado básicamente por dos razones: "Por una parte, el proceso salud-enfermedad... adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino que es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social. Pero el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico... El carácter simultáneamente social y biológico del proceso salud-enfermedad no es contradictorio; únicamente señala que puede ser analizado

con metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso único"(19).

Además, es importante señalar que esta concepción no relega a un segundo plano la explicación biológica del proceso salud-enfermedad ni considera que existe una influencia directa de lo económico sobre los demás elementos de la sociedad. En cuanto al estudio especializado de diversos aspectos de la realidad, esta corriente los realiza partiendo de la idea de que forman parte de una totalidad compleja(20).

Haciendo una revisión de la literatura al respecto se comprueba que la concepción hegemónica del proceso salud-enfermedad lo concibe como un proceso individual (biologista) o con un enfoque social, pero que sólo proporciona explicaciones parciales (ecologista). De esta forma encontramos que durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud realizada en Alma-Ata (URSS) en 1978 se genera el concepto de salud actualmente dominante al reiterarse firmemente que "la salud, (es el) estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades...."(21).

Pese a las numerosas críticas a que fue sometida, esta definición fue adoptada como oficial en todos los países a raíz de la celebración de dicha Conferencia. Así, el que esta

concepción sea la predominante tiene su explicación en dos razones: por una parte, satisface necesidades científicas y técnicas y al menos en algún grado, resuelve ciertos problemas; por otra, refuerza el sistema social y político del cual ha surgido(22).

2.2. El Estado y las políticas de salud en México.

Como arriba se señaló, la concepción ecologista del proceso salud-enfermedad es la predominante en la actualidad, sin embargo su surgimiento y consolidación no han sido ajenos a la situación económica, social y política de los países a lo largo de los años. De tal forma que esta concepción, aunada a proyectos Estatales concretos, ha conducido a la implementación de una serie de políticas de salud que nos conducen en la actualidad hasta el empleo de medios de comunicación masiva en el campo de la salud.

Antes de entrar de lleno a los antecedentes sobre el título que nos ocupa, queremos dejar asentado que, siendo la campaña nacional de hidratación oral de 1988 nuestro estudio de caso, no pretendemos hacer un análisis exhaustivo de la historia de las políticas sanitarias en México sino únicamente señalar cuáles han sido los determinantes sociales, políticos y económicos que han conducido a las actuales acciones de salud.

2.2.1. Antecedentes.

Es en la década de los cuarentas cuando se comienzan a manifestar las primeras expresiones de la orientación derechista del Estado mexicano. Durante este periodo, la gestión estatal reducirá considerablemente la importancia de las políticas sociales, con el consecuente impacto en los presupuestos destinados al sector salud.

Hacia finales de esta década instituciones como la OMS y la OPS empiezan a tener una mayor influencia en la determinación de políticas sanitarias nacionales, vinculando sus concepciones con los planteamientos keynesianos* sobre la intervención del Estado en la reproducción social del sistema capitalista. Así, la OMS fomenta una mayor participación estatal en la operación de servicios médico-sanitarios, a través de su financiamiento, de la realización de grandes inversiones públicas en materia de salubridad, y la creación de Ministerios ad-hoc en el campo más amplio de las cuestiones nacionales.

* "En su teoría, Keynes maneja dos ejes fundamentales: 1) la intervención del Estado en la economía de mercado con el fin de disminuir el desempleo involuntario y aumentar la producción mediante la administración de la demanda efectiva con medidas fiscales y/o monetarias, y más directamente, aumentando su gasto público; y 2) la planificación social, en el sentido de socializar la inversión como mecanismo para evitar la crisis del capitalismo". GONZALEZ PINEDA, Op. Cit. p. 29

Congruente con esta política y ante la necesidad de hacer evidente la preocupación del Estado por el bienestar de la población, a principios de los cincuenta el gobierno impulsó las inversiones públicas en los programas de servicio social y la creación de infraestructura en el campo. Sin embargo, en relación a la salud, se reducen los recursos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) a tal grado que 1953 es el año en el que ésta tuvo el presupuesto más bajo en su historia en términos de su participación relativa en el gasto público federal.

Es en la década de 1960 cuando se da una creciente crisis social y política que va aparejada con la crisis económica. Es en este periodo cuando se inicia también una polémica sobre si el carácter de la salud es eminentemente biológico o social. Se empieza a cuestionar el paradigma médico biologista que muestra su incapacidad para generar nuevos conocimientos que permitan explicar los principales problemas de salud que sufren los países industrializados. También se ve que la medicina clínica no ofrece soluciones satisfactorias para mejorar las condiciones de salud de la población y además se resalta el carácter ideológico y reproductor de las instituciones médicas.

Para hacer frente a esta crisis se plantea desarrollar al médico comunitario y reforzar las políticas de control del

crecimiento demográfico. Sin embargo ambos proyectos fracasan. Ante esta situación, la OMS adopta dos posiciones fundamentales:

19 "Establece que la política de salud, incluyendo la operación de servicios médicos sanitarios, debe evaluarse en función de criterios ideológicos como son, el atender una necesidad social, ser una forma de redistribución de la riqueza a los desposeídos, contribuir a la cohesión social y proporcionar la sensación de seguridad social".

20 "Con base en su aceptación de la explicación dominante de los problemas periféricos, en el sentido de que la causa principal era la carencia de recursos intelectuales y tecnológicos, que les permitieran usar de mejor manera sus recursos, promueve el desarrollo de la cooperación científico-tecnológica entre los países, argumentando que los problemas de salud de ellos debía ser compartida por las naciones centrales, dado que beneficiaban a sus propios intereses" (23).

Durante esta década y debido a las crecientes demandas de los sectores sociales, el Estado mexicano realiza fuertes inversiones en el sector educativo, vivienda e infraestructura médico-asistencial. Así, por ejemplo, para contrarrestar los efectos sociales de la coerción aplicada sobre el movimiento de los ferrocarrileros y de una sección del SNTE, en 1959 se decreta la creación del ISSSTE como mecanismo consensual, siendo financiado por el gobierno y los beneficiarios. Asimismo se

modifica la Ley del Seguro Social para incrementar las prestaciones; en 1961 se crea el Instituto Nacional para la Protección de la Infancia (INPI) y se instalan numerosos centros de salud en el medio rural.

De acuerdo con González Pineda, en este periodo la atención médica jugó un doble papel: por una parte proyectar la imagen de un Estado Benefactor*, y por otra, cortar el flujo migratorio a las ciudades. De esta manera señala que el Estado Benefactor, además de asumir las funciones de guardián de la propiedad privada y del orden existente, se erige como intérprete de los valores de justicia distributiva, seguridad, salud, etc. y como árbitro en los conflictos entre las fuerzas sociales antagónicas(24).

A mediados de los sesentas, el gobierno mexicano continuará la política económica conocida como del Desarrollo

* De acuerdo con Guillermo Farfán, el Estado de Bienestar "es un mecanismo de regulación estatal y estabilización capitalista que tiene como presupuesto, por un lado, la implementación de políticas expansionistas de corte keynesiano y estructuralistas para el caso específico de América Latina, y por otro, la formulación de un compromiso de tipo corporativista, predominantemente entre el Estado y el movimiento obrero que atiende a la consecución tanto de las reivindicaciones obreras, como a la administración centralizada y burocrática de las mismas". Tomado de "Gasto Público y Bienestar Social en México 1983-1986" en PEREZ Y LEON (coordinadores): 17 Anillos de un Sexenio, Ed. Plaza y Valdés, 1ª ed. 1987, p. 72.

Estabilizador*, pero frenará la tendencia expansionista de los servicios de salud, a excepción del ISSSTE. Así, la SSA no experimentará crecimiento y el INPI se verá en dificultades al suspenderse las remesas de Estados Unidos que en 1965 representaban el 65% de su presupuesto. Durante este período, a consecuencia del "milagro mexicano" se agudizarán sus diferencias, lo cual traerá como resultado el surgimiento y consolidación del movimiento de los médicos en 1965 y el de los estudiantes en 1968.

Por otra parte, en la década de los setentas surge una nueva corriente de pensamiento llamada fenomenológica, proveniente de la filosofía neokantiana y que fue fundada por Edmund Husserl. Esta corriente ha tenido dos importantes consecuencias sobre las políticas de salud: en primer lugar, ha fomentado la disminución del papel del Estado y de las grandes instituciones médicas y su transferencia a los grupos pequeños o informales del sector privado; en segundo lugar, ha promovido el reconocimiento de la existencia de formas alternativas de expresión, conocimiento y tratamiento de la enfermedad, del papel positivo de las

* La propuesta del desarrollismo, enarbolada por la CEPAL, parte de identificar la persistencia de estructuras arcaicas, como la causa esencial de las dificultades económico sociales de la región, en base a esto propone la promoción del ingreso de capitales extranjeros como mecanismo para profundizar la rápida industrialización y realizar las modificaciones estructurales que aseguren el proceso modernizador en las áreas agraria y fiscal. GONZALEZ PINEDA, Op. Cit.

para ello ampliar su capacidad de control. Por consiguiente, comienza a adoptar la forma de un Estado Burocrático-Autoritario, cuyo objetivo fundamental es la instauración de un sistema de dominación que asegure la exclusión de los sectores populares de los ámbitos político y económico, mediante la despolitización de las cuestiones sociales" (25).

De acuerdo con O'Donnell, las características del Estado Burocrático-Autoritario son: 1) las disposiciones superiores del gobierno se encuentran ocupadas por personas de exitosa carrera en organizaciones complejas y altamente burocratizadas; 2) tiene un sistema de exclusión que impide el acceso del sector popular al Estado; 3) cuenta con el mismo sistema en relación con la esfera económica; 4) utiliza la despolitización de las cuestiones sociopolíticas, definiéndolas como meros problemas técnicos, que son arreglados entre cúpulas, y 5) sus procesos de modificación del Estado corresponden a una etapa de transformación radical del patrón de acumulación (26).

Junto a este nuevo Estado empiezan a adoptarse políticas neoliberales "...que postulan al mercado como el óptimo articulador de la vida social y de la redistribución del ingreso, por lo cual el Estado queda reducido a una relación contractual más, asignándosele un rol subsidiario en el desarrollo económico, o sea, que sólo intervenga en forma directa en la producción de bienes y servicios no rentables para el capital privado. En el

campo de la salud, ésto se reflejó con la exclusión únicamente de los servicios destinados a la población más necesitada del mercado, y la reducción de la participación del gasto para la salud en el gasto público total y en el PIB". (27)

Concretamente en México, la decadencia del Estado Benefactor se inició después del gobierno de Lázaro Cárdenas. Pero no es sino a partir de 1982 cuando las clases dominantes comenzaron a aplicar dos alternativas de manera combinada que llevan al surgimiento del Estado Burocrático-Autoritario durante el sexenio de Miguel de la Madrid.

Estas alternativas implican, por una parte, el reforzamiento del Estado para mantener libres las decisiones políticas de la necesidad de tomar en cuenta los intereses populares y de los asalariados, por medio de un carácter tecnológico-tecnocrático que minimiza su influencia y busca imponer los intereses del capital en su conjunto. Por la otra, la limitación de la intervención estatal en la sociedad, reduciéndola al mínimo absolutamente necesario, de tal manera que disminuya su competencia con los portadores del proceso capitalista.

Tomando en cuenta lo anteriormente dicho y ubicándonos en la década de los setentas, cuando Luis Echeverría asume el poder, la crisis del país no era sino reflejo del agotamiento del

desarrollo estabilizador, que comenzó claramente a partir de 1971.

En cuanto a la salud, en el atraso de los servicios médico-asistenciales habían influido, entre otros factores, la escasa participación del gasto público de salud y seguridad social en el PIB, así como la concentración de recursos e infraestructura en zonas urbanas. Ante el peligro de que la crisis económica alcanzara el ámbito político, Echeverría busca aplicar una estrategia de crecimiento del ingreso compartiendo los beneficios, como parte de sus esfuerzos por superar el deterioro de la legitimidad del Estado iniciado con los movimientos de 1965 y 1968.

A partir de 1972 es evidente la decisión del Estado de sacar la economía de la recesión expandiendo el gasto público. Si bien destina a salud y seguridad social más del 45% del presupuesto para desarrollo social, este crecimiento absoluto y relativo de los recursos siguió beneficiando primordialmente a las instituciones de seguridad social. También, Echeverría promueve la elaboración del primer Plan Nacional de Salud (publicado en 1974) que ya incluía un Programa Nacional de Educación para la Salud. Asimismo, el nuevo Código Sanitario establece la fundamentación jurídica de la competencia que en materia de educación para la salud tiene la SSA en todo el país, al mismo tiempo que la Dirección de Educación Higiénica es promovida a

Dirección General de Educación para la Salud. El mismo Echeverría creará una red federal de hospitales de la SSA, elaborará un Plan Nacional de Alimentación, un Fondo Nacional de Alimentos y un Programa Nacional para el tratamiento de aguas.

Pese a lo anterior, desde 1973 se incrementó la deuda externa al tratar de aliviar la crisis económica con estos recursos. Progresivamente se fueron agudizando los conflictos sociales durante el sexenio como resultado de la actividad de grupos armados, la represión sobre los movimientos desidentes, y la creciente oposición de la burguesía a la política internacional y económica. Lo anterior, aunado al agudizamiento de la crisis en 1975, desembocó en la crisis financiera y la devaluación del peso en 1976. De esta manera se inicia una política contraccionista en favor del capital privado y en detrimento de los trabajadores.

En estas condiciones José López Portillo asume la presidencia (1976-1982) dirigiendo su atención a la solución de los problemas de eficiencia, productividad y creación de empleo en el sector agrario, promoviendo paralelamente su capitalización con el fin de recobrar la confianza de los empresarios agrícolas.

El programa económico de López Portillo estuvo orientado a favorecer al sector financiero, y se establece que el instrumento para lograr el crecimiento económico sería el petróleo, el cual

generaría divisas y pagaría la deuda. Sin embargo, estas políticas acentuaron las tendencias estructurales de la crisis, la cual junto con un creciente proceso de despilfarro y corrupción en la administración pública provocaron un peligroso cambio en 1980: el ritmo de acumulación se desaceleró, la inflación subió de 20% a 30%, el crecimiento del PIB se redujo y creció la deuda externa.

Mientras ésto sucedía en México, en Alma-Ata se llevaba a cabo la Conferencia Internacional de 1978, a partir de la cual se comienza a impulsar la participación de la comunidad dentro de las políticas de salud, y por lo tanto, las acciones de educación para la salud y el uso de medios masivos de comunicación dentro de ellas empiezan a cobrar una gran importancia, misma que aumentará a partir de los ochentas.

Por otra parte, en cuanto al renglón salud, López Portillo plantea como objetivo consagrar el derecho a la salud en la Constitución. Sin embargo, su pretensión de racionalizar los servicios de salud se contradecía con la necesidad del Estado de extender la cobertura de la población marginada para mantener su legitimidad, cuestionada por la crisis. Pese a ello, el gasto en salud y seguridad social se redujo de 11.32% en 1977 en 6.36% en 1981 en relación al presupuesto público total.

Al final del sexenio la crisis fiscal se agudiza por los subsidios otorgados a un gran número de empresas en dificultades, lo que obliga al gobierno a imponer un recorte inmediato al gasto público. Esto resulta infructuoso, ya que el crecimiento del servicio de la deuda aumentó de manera alarmante y la fuga de capitales adquirió proporciones enormes. Estas razones, aunadas al conflicto entre el Estado y los banqueros por el encaje legal, llevan a López Portillo a nacionalizar la banca.

En esta situación, el gasto en salud mantuvo su participación en el PIB alrededor del 2.2% entre 1978 y 1982, y la Coordinación de los Servicios de Salud propone las bases para la creación de un Sistema Nacional de Salud.

2.2.3. La salud en el sexenio de Miguel De la Madrid (1982-1988).

Miguel De la Madrid asume la presidencia en 1982 en medio de una crítica situación económica, de un proceso de derechización de la sociedad mexicana*, de la conversión progresiva de los empresarios y sus organizaciones en protagonistas políticos, con una posición predominantemente antagónica frente a las propuestas y acciones gubernamentales; en medio del rompimiento del equilibrio político entre el Estado y la iglesia católica, y la persistencia de la debilidad de la Izquierda.

* El avance del PAN (Partido Acción Nacional) en las elecciones pasó del 10.8% en 1979 a 17.5% en 1982.

En este contexto, el viraje más sobresaliente del gobierno de Miguel De la Madrid se va a producir en el momento en que se decide abandonar la concepción intervencionista del Estado, para dar paso a un sistema predominantemente neo-liberal*, con implicaciones por lo menos en dos niveles:

"1) El Estado deberá desempeñarse dentro de un nivel ligado a la eficiencia y de una dimensión mucho más reducida, perceptible a través de su política de reestructuración del sector estatal y paraestatal así como del gasto público; y 2) en materia de bienestar social en particular, el Estado deberá establecer una forma de relación diversas para con la sociedad, caracterizada por el desplazamiento de una parte de la responsabilidad estatal hacia el resto de los grupos y las clases sociales, y por la alteración del compromiso político que garantizó al movimiento obrero oficial durante varios años, la aplicación de políticas expansionistas necesarias para la afirmación de su legitimidad política ante la clase trabajadora" (28).

* Los elementos claves de la teoría neo-liberal que otorga claramente y sin compromisos, la primacía de la economía en detrimento de los demás criterios de decisión, se encuentran en las propuestas de Karl Renner en 1917, "quien consideraba que era necesario desestatizar el capitalismo penetrado por el Estado, terminando con el "despilfarro social" (disminución de los servicios sociales), reduciendo la cuota estatal (menos gastos-menos impuestos), desregularizando la economía (reducción de su capacidad de intervención), así como disminuyendo el sector público (reprivatización)". Citado por González Pineda, Op. Cit. p. 223.

Así, desde el inicio del sexenio queda claro que tanto la política social como la de salud, iban a estar subordinadas a la política económica*. De acuerdo con esto y por las condiciones impuestas por los capitales internacionales (sobre todo el Fondo Monetario Internacional), se aplica el Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) y simultáneamente se hace un llamado a la concertación en profundidad y a largo plazo entre el sector privado y el estatal, cuyo prerrequisito era recuperar la confianza del gran capital.

Así, además de la reducción de la participación pública en salud en el presupuesto total y la disminución del gasto en salud (ver cuadro No.2) se instrumentaron mecanismos para involucrar a los distintos sectores sociales en el financiamiento de los servicios de salud: "Los sectores medios y populares participaron en la asignación de recursos a las unidades de primer y segundo nivel de la SSA mediante los comités de salud y los patronatos privados de hospitales e institutos nacionales; y los (sectores) dominantes mediante la FMS** han otorgado recursos para programas e instituciones orientadas a su atención, por ejemplo el Hospital

* Congruente con esto, el porcentaje del PIB destinado al gasto en salud entre 1980 y 1985 se mantiene en un nivel muy bajo.

** Fundación Mexicana para la Salud.

Español "(29).

El 3 febrero de 1983 el Diario Oficial de la Federación publica la reforma al Artículo 49 con la cual la salud es elevada a rango constitucional, lo que no significa un mayor compromiso por parte del Estado, ya que este derecho queda reducido de manera importante a través de sus instrumentos jurídico y operativo, o sea, a través de la Ley General de Salud y el Plan Nacional de Salud. Estos instrumentos, al definir los lineamientos para el establecimiento del Sistema Nacional de Salud, señalan que la SSA tendrá exclusivamente las funciones de emisión de normas técnico-administrativas, coordinación, supervisión, evaluación y gestión financiera para el sistema, conforme avance la descentralización de los servicios de población abierta, por medio del cual se transfiere a las entidades federativas la responsabilidad de la operación, y en el futuro, del financiamiento de los servicios públicos de salud. También, por una parte mantienen supeditado el acceso a los servicios al cumplimiento de los requisitos establecidos por cada institución, y por la otra, el cobro en los servicios públicos mediante el sistema de cuotas de recuperación basado en la capacidad económica de los usuarios, excluyéndose de su pago únicamente a los sectores más desposeídos.

Además de la descentralización y la participación comunitaria, la consolidación del Sistema Nacional de Salud tuvo

otras tres estrategias: sectorización, modernización administrativa y coordinación intersectorial, las cuales más que hacer efectiva la universalidad de la atención, se han orientado a racionalizar la operación de los servicios para adecuarla al nuevo proyecto del país.

2.2.3.1. La salud en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.

En 1983 el gobierno de la República inició los trabajos de integración del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y se convocó a la sociedad a participar en las actividades de los Foros de Consulta Popular que se realizaron en relación a diferentes temas, entre ellos el de la salud.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) planteó como propósito nacional: " Mantener y reforzar la independencia de la Nación, para la construcción de una sociedad que bajo los principios el Estado de Derecho, garantice libertades individuales y colectivas en un sistema integral de democracia y en condiciones de justicia social. Para ello requerimos de una mayor fortaleza interna: de la economía nacional, a través de la recuperación del crecimiento sostenido, que permita generar los empleos requeridos por la población, en un medio de vida digno; y de la sociedad, a través de una mejor distribución del ingreso entre familias y regiones, y el continuo perfeccionamiento del régimen democrático"(30).

De este Plan se derivaron cuatro objetivos fundamentales a alcanzar durante el sexenio y que eran: conservar y fortalecer las instituciones democráticas; vencer la crisis; recuperar la capacidad de crecimiento, e iniciar los cambios cualitativos que requiere el país en sus estructuras económicas, políticas y sociales.

En cuanto a la política social del sexenio, en el renglón salud se plantearon como propósitos los siguientes:

- "Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país;
- Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, y con especial preocupación por los grupos más vulnerables;
- Contribuir, con respeto íntegro a la voluntad de la pareja, a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país;
- Promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos" (31).

Además, el PND señalaba la necesidad de impulsar las acciones preventivas para contrarrestar la incidencia de las enfermedades transmisibles y paralelamente fortalecer las acciones que tendieran a limitar las no transmisibles. Asimismo

se subrayaba que para impulsar estas acciones, entre otras cosas, lo que se haría sería "proporcionar a la población información que le permita conocer los daños y riesgos a que está expuesta, las medidas que puede utilizar para evitarlos, la responsabilidad que tiene en el cuidado de su salud, y los servicios disponibles para la protección de ésta: ..." (32).

2.2.3.2. Programa Nacional de Salud 1984-1988.

Los antecedentes arriba mencionados son el sustento en el cual se basará el Programa Nacional de Salud 1984-1988, el cual fue presentado en Los Pinos, el 7 de agosto de 1984.

Este Plan incorporará dos estrategias adicionales que son la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad, ésta última de gran interés para la presente investigación, ya que está estrechamente vinculada a las acciones de educación para la salud y el uso de medios de comunicación.

El propósito básico del Programa consistía en "...elevar el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención) y el mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud racional y eficiente". (33).

Además se señalaban 13 programas de acción agrupados en torno a seis objetivos generales y cuatro programas de acción. Para los fines del presente trabajo, nos interesa destacar los referentes a las acciones preventivas y a la educación para la salud. Así encontramos que en el segundo objetivo se proponía "Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles y los accidentes, otorgando prioridad a las acciones de carácter preventivo y a través de la acción de detección oportuna de enfermedades". (34) Dentro de este objetivo encontramos el programa de prevención y control de enfermedades*.

Por otra parte, en el objetivo tercero se planteaba "Promover la salud de la población, disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando el autocuidado de la salud" (35). El programa de educación para la salud quedaba comprendido dentro de este objetivo.

* Cabe hacer notar que este Programa, en relación a los problemas en materia de salud pública, señala que la medicina preventiva no ha alcanzado los niveles requeridos debido a tres factores principales: falta de una concepción integral que ha dado lugar a programas verticales; escasos recursos físicos y financieros, especialmente dedicados a la prevención; y, reducida coordinación entre las instituciones del sector salud para un uso óptimo de los recursos disponibles. Además señala que las deficiencias de concepción, insuficiente vinculación intersectorial y reducida asignación de los recursos que tradicionalmente se han otorgado a la educación para la salud, como impedimentos para atender las necesidades nacionales y lograr la participación de la población en acciones de promoción y protección de la salud.

Así encontramos que el Programa de Acción para la Prevención y Control de Enfermedades, propuso como objetivo específico abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles así como los accidentes, otorgando prioridad a las acciones de carácter preventivo. Para lograrlo, se establecieron varias líneas estratégicas de acción, entre las que destacan el incremento de la educación higiénica personal y del manejo de alimentos, y el diseño y desarrollo de programas de educación para la salud orientados a la adopción de medidas para la prevención y control de este tipo de enfermedades y accidentes.

Por su parte, en los Programas de Acción vinculados con la Promoción de la Salud, el Programa de Educación para la Salud se planteaba lograr la participación activa y consciente de los individuos, en beneficio de su salud, la de su familia y la de su comunidad, fundada en el desarrollo de valores, conocimiento, actitudes, hábitos y conductas que la favorecen. Entre sus líneas estratégicas de acción sobresalía "utilizar en mayor medida los medios de comunicación social como elementos informativos de apoyo" (36).

De esta manera, en el capítulo referente a metas de resultados y metas operativas, en el renglón de Mínimos de Atención a la Salud, se planteaba "Instrumentar un programa de educación para la salud para el 80% de la población mayor de

cinco años a través de sistemas de educación formal y la utilización de los medios masivos de comunicación" (37).

Como se puede observar, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Nacional de Salud, son claras las estrategias que se derivan del nuevo Estado Burocrático-Autoritario en materia de salud: por una parte promover la participación de la comunidad y por otra impulsar la educación para la salud y el empleo de medios de comunicación masiva.

Como se señaló al principio de este apartado, el Programa Nacional de Salud 1984-1988 definió cinco estrategias instrumentales de consolidación del Sistema Nacional de Salud. Entre éstas encontramos, precisamente, la participación comunitaria.

Al respecto, cabe señalar que es a partir de la Conferencia de Alma-Ata cuando se comienza a impulsar la participación de la comunidad dentro de las políticas de salud. Así, en la Declaración de esta Conferencia se señala que "El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud" (38) y se agrega que "Esa participación se consigue primordialmente mediante una adecuada labor de educación que permita a las comunidades enfrentarse, en la forma más conveniente, con sus verdaderos problemas de salud" (39).

De esta forma, en Alma-Ata queda definida la participación comunitaria como "...el proceso en virtud del cual los individuos y familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo" (40).

Además, en esta Conferencia se establece que la comunidad puede participar en diferentes formas en la atención primaria de salud, como por ejemplo, en la evaluación de la situación, definición de problemas, señalamiento de prioridades, planeación de actividades y ejecución de las mismas. También que los miembros de la comunidad pueden aportar recursos laborales, aparte de financieros y de otra índole, en la atención primaria de salud.

Tomando como base estos criterios, en el sexenio pasado la participación de la comunidad se estableció como una de las estrategias fundamentales y definitorias del Programa Nacional de Salud. Este hecho condujo a su vez a fomentar la educación para la salud (al menos a nivel de discurso oficial) y a echar mano de los medios masivos de comunicación (en la práctica).

Así, en el libro "La salud en México: Testimonios 1988", escrito, entre otros autores, por el entonces Secretario de Salud, aparece el título "Comunicación Social de la Salud" en el cual se subraya que "Un medio idóneo para promover la salud, íntimamente ligado a las estrategias de información y difusión, es el de la comunicación social como vínculo efectivo entre el Estado y la Sociedad" (41). Además, se señala que desde el inicio de la administración de Miguel de la Madrid se apoyó e impulsó la estrategia de la comunicación social, entendida como "el necesario diálogo del pueblo con su gobierno" (42).

De esta manera, el Dr. Guillermo Soberón, ordenó hacer hincapié en dos rubros:

- Acciones de medicina preventiva para alejar a los servicios de salud del enfoque meramente curativo; y
- Programas de educación para la salud a fin de lograr que la población participe en la atención de su propia salud.

En base a lo anterior, se estableció que la comunicación social, a cargo de la Secretaría de Gobernación, perseguiría como objetivos:

- 1) Proporcionar, por sectores de actividad, la información indispensable de los planes y programas de cada dependencia.
- 2) Hacer participar a la población en la resolución de los problemas de salud, y

- 3) Dar preferencia, en la elaboración de los productos informativos, a los organismos y entidades pertenecientes a la Administración Pública (43).

Asimismo, para alcanzar esos objetivos se plantearon una serie de estrategias, entre las cuales nos interesa destacar las siguientes:

- Elaborar estrechas relaciones con los directores de los medios de información tanto gubernamentales como privados para la mejor difusión de la información.
- Diseñar campañas de comunicación, de preferencia las de apoyo a mensajes aislados, como un proceso que abarca desde la decisión técnica hasta la evaluación de resultados, de acuerdo con las siguientes fases: a) sensibilización, b) motivación, c) evaluación y reconocimiento a la comunidad por su participación.
- Adaptar las campañas de comunicación al universo receptor, considerando la edad, el sexo, el grupo social y la localización geográfica, lo que ayuda a diferenciar entre las campañas de cobertura nacional, las de cobertura regional y las estrictamente locales.

Una vez señalados los antecedentes del sexenio de Miguel De la Madrid en materia de salud, sólo nos queda referirnos a los recursos financieros que se destinaron a este rubro.

Así, la participación del gasto público en salud lejos de incrementar su participación en el Producto Interno Bruto (PIB) la disminuyó: mientras que en 1978 alcanzó un 22.4%, en 1982 un 2.27%, para 1986 se redujo a 1.78%*(44).

Por otra parte, del gasto público total, el gasto en salud correspondió a una participación de 10.1% en 1978, disminuyó a 7.5 en 1982; en 1983 y 1984 a 6.4% y en 1985 y 1986 se incrementó a 7.5 y 8.0%, respectivamente (45).

Por último, en cuanto a la estructura del gasto por programas, los informes oficiales señalan que aunque la apertura programática actual no permite distinguir con precisión el destino de los recursos aplicados a los distintos programas por razones de sobreposición de acciones o duplicación de actividades, se puede asentar que la estructura del gasto por programas se ha mantenido relativamente constante a lo largo del periodo 1978-1986: al programa de atención curativa se le canalizaron un poco más de las tres cuartas partes de los recursos (159,716 millones de pesos en 1982 y 908,340 millones de pesos en 1986) con lo cual estas acciones siguen siendo altamente prioritarias. Por su parte, a la atención preventiva se le asignó un 6% del gasto total (14,587 millones de pesos en 1982 y

* En el Programa Nacional de Salud 1984-1988 se dice que en 1978 el gasto público en salud respecto del PIB fue del 2.1% y que en 1983 se redujo a 1.6% del PIB.

79,639 millones de pesos en 1986). El resto de los programas recibió el 17.7% del total en 1982 (37,654 millones de pesos) y 19.7% en 1986 (243,197 millones de pesos).(46).

CAPITULO III

EDUCACION PARA LA SALUD: CONCEPTO Y DESARROLLO HISTORICO

3.1. Introducción.

Para iniciarnos en el estudio y análisis de la educación para la salud en nuestro país, consideramos conveniente ubicar a ésta área dentro del sistema global de la salud. Así, la educación para la salud se localiza dentro de la Medicina Preventiva y ésta como una parte fundamental de la Salud Pública.

Wislow es quien proporciona la definición más aceptada de Salud Pública. que dice:

"La salud Pública es la ciencia y el arte de 1) impedir las enfermedades, 2) prolongar la vida y 3) fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio, b) el control de las infecciones transmisibles, c) la educación de los individuos en higiene personal, d) la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y e) el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud". (47)

Por su parte, Leavell y Clarck consideran que la Medicina Preventiva "es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia física y mental ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución" (48).

Nótese que estas definiciones parten de una concepción ecologista del proceso salud-enfermedad, de la cual surge, a su vez, la visualización de esta relación como una "historia natural de la enfermedad". En base a ésto se señala que la Medicina Preventiva abarca tres niveles de acción:

- 1) La prevención primaria, que tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente; es decir, tiene lugar durante la fase prepatológica de la historia natural de la enfermedad y se lleva a cabo mediante dos acciones: la promoción de la salud y la protección específica.
- 2) La prevención secundaria, cuya meta es detener la progresión de los procesos patógenos. Esto es, cuando la enfermedad se presenta, la prevención secundaria actúa por medio del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.
- 3) Finalmente está la prevención terciaria, que se lleva a cabo de dos formas: limitando la presentación de escuelas, o bien, rehabilitando cuando éstas ya se encuentran presentes (ver figura No. 2).

Esta forma de conceptualizar el proceso salud-enfermedad y la práctica médica que resulta de ello, va a determinar a su vez las definiciones que existen en relación al concepto de educación para la salud. Así, de manera oficial, la educación para la salud es una actividad que forma parte de la prevención primaria, y por tanto sus acciones deberán ir encaminadas al periodo prepatógeno de la "historia natural de la enfermedad".

3.2. Antecedentes históricos de la educación para la salud en México.

La educación higiénica, como técnica sanitaria organizada, es muy joven todavía, pero como hecho ligado a las exigencias de la existencia del individuo, a sus relaciones con la colectividad y las necesidades de ésta, puede afirmarse que sus acciones se han practicado desde los albores de los tiempos, cuando los hombres, unidos contra los acosos de la naturaleza, se esforzaban por extraer de sus experiencias preceptos útiles para subsistir y conquistar una vida mejor (49).

En México, se puede decir que existió desde antes de la llegada de los españoles, siendo frecuente encontrar en los códices indígenas una serie de consejos sobre salud y enfermedad, tanto individuales como públicos. Por ejemplo, Fray Toribio de Benavente refiere algunas de estas recomendaciones: "al principio de las comidas lávate las manos", "al terminar la comida recogerás lo que se ha caído al suelo y barrerás el lugar de la

comida y también te lavarás las manos, la boca y los dientes"
(50).

Por su parte, Fray Juan de Torquemada refiere que "Tenochtitlan estaba habitada por más de trescientas mil personas, y muchas brigadas, con un total de mil individuos, velaban en forma permanente por el aseo de las calles, plazas y calzadas, por la correcta eliminación de los desechos humanos y basuras, servicio de higiene pública que se hacía en lanchas destinadas a ese único uso y transporte, gracias a lo cual el estado de salud era bastante bueno en tiempos de Moctezuma II" (51).

Durante la Colonia eran muchas las disposiciones con las que se obligaba a la población, bajo amenaza de castigo, a practicar la limpieza de las calles y lotes baldíos y a proteger los depósitos de agua.

En el siglo pasado aparece el primer Código Sanitario (1891) en el cual se establecen una serie de medidas educativas destinadas a conservar la salud. En esa época también era muy frecuente que durante los congresos los médicos insistieran sobre las medidas educativas destinadas a orientar a la población.

Es hasta 1921 cuando el Departamento de Salubridad Pública creó por primera vez, una Oficina específica de Propaganda y

Educación Higiénica. El 23 de mayo de 1922 se crea la Comisión de Propaganda y Educación Higiénica del Departamento de Salubridad, que tenía como función impartir conferencias de Higiene en escuelas, fábricas y centros de reunión. Además imprimió y distribuyó a nivel nacional un periódico de divulgación higiénica llamado "El Mensajero de la Salud"*. En enero de 1924 fue creada la Sección de "Ejercicio de la Medicina, Propaganda, Educación Higiénica y Archivo General".

En 1925 se funda la Escuela de Salubridad e Higiene y en 1926 se modifica el Código Sanitario, y mediante esta modificación se impulsa, entre otras acciones, a la educación higiénica. El 19 de junio de este mismo año, la Sección de "Propaganda y Educación Higiénica" pasa al servicio de Demografía por acuerdo del Jefe del Departamento de Salubridad.

A partir de 1930 se constituyó de una manera autónoma el Servicio de Propaganda y Educación Higiénica. Hacia 1933 la Oficina de Educación Higiénica impartió los primeros cursos por correspondencia para maestros de escuela. En 1935 se impulsó la Educación Higiénica Escolar, La Higiene del Adolescente y se emprendió una Campaña Antialcohólica.

* Este nombre fue retomado durante el sexenio de Miguel de la Madrid por la Dirección de Educación para la Salud para llamar así a una serie de cápsulas radiofónicas sobre temas de salud.

Desde 1940 las campañas de inmunización fueron privilegiadas sobre el resto de las medidas de la medicina preventiva. Al principio de esta década se crearon Comités Foráneos de Educación higiénica hasta en las más pequeñas comunidades. Por otra parte, el Museo Nacional de Higiene es creado en 1942. Este museo tenía como objetivo exhibir las lesiones que causan las enfermedades en el individuo, mostrar al público los agentes causales y la forma de invadir al organismo, así como enseñar las formas de prevenir las enfermedades; también incluía el servicio de consultoría verbal y por escrito. Este museo recibía mil visitantes al año y fue clausurado en 1963.

Por otra parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia fue creada en 1943 al fundirse la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad. En la nueva organización, la antigua Oficina de Educación Higiénica fue elevada a la categoría de Dirección y se crearon secciones aplicativas de Educación Higiénica en el Distrito Federal y de Servicios Coordinador de Salud Pública en los Estados.

Más tarde, al fundarse los primeros institutos de seguridad social para obreros, empleados gubernamentales y militares, se establecieron en esos institutos departamentos de medicina preventiva en los cuales se incluyeron pequeñas secciones de educación higiénica, con un mínimo de personal y así han funcionado hasta el momento.

Es hasta 1973, al promulgarse el nuevo Código Sanitario, que se establece la fundamentación jurídica de la competencia que en materia de educación para la salud tiene la SSA (hoy Secretaría de Salud) en todo el país. También en ese año, el Plan Nacional de Salud incluyó como parte importante el mismo el Programa Nacional de Educación para la Salud. Asimismo, en 1973 la Dirección de Educación Higiénica fue promovida a Dirección General de Educación para la Salud, tomando todas las atribuciones, tanto legales como técnicas referentes a la Educación para la Salud y la Alimentación del pueblo de México.

3.3. Concepto de Educación para la Salud.

Lo dicho hasta el momento nos permite una comprensión más clara sobre las diferentes conceptualizaciones que existen sobre la educación para la salud, todas ellas producto de la nueva política gubernamental tendiente a disminuir la participación del Estado y a poner en manos de la población buena parte de la responsabilidad acerca de su propia salud.

Si bien hemos visto que algunas prácticas que actualmente conocemos como educación para la salud eran llevadas a cabo desde la antigüedad, como ya señalamos, es a partir de la realización de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978), cuando se impulsan de una manera significativa estas acciones al considerar que la educación para la salud juega un papel esencial dentro de la Atención Primaria de Salud.

De acuerdo con el Informe sobre la Conferencia, la Atención Primaria de Salud "es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. (...) se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud"(52).

En otra parte del informe se señala a la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondiente como uno de los principales servicios de la atención primaria. Además se subraya que ésta "exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la

capacidad de las comunidades a participar"*(53).

De esta manera, la conceptualización de la salud como "estado completo de bienestar físico, mental y social" va a determinar a su vez los conceptos que existen sobre educación para la salud, la cual es también llamada educación sanitaria, promoción de la salud, educación en salud, educación higiénica o educación en salud pública:

a) Si bien la OMS no da una definición concreta sobre educación para la salud, señala que ésta es la parte de la atención primaria de salud que tiene que ver con la promoción de conducta saludables, y considera que así como la conducta de una persona puede ser la principal causa de un problema de salud, también puede ser la principal solución. Según la OMS, a través de la educación en salud se ayuda a entender a la gente su propio comportamiento y cómo éste afecta su salud. Se le impulsa a tomar decisiones para una vida saludable pero no se le obliga a cambiar. Además esta organización señala que la educación en salud no reemplaza otros servicios de

* Este mismo informe hace referencia al empleo de medios de información de masas y considera que éstos "pueden cooperar en la función educativa aportando información adecuada sobre la salud y los medios para alcanzarla y describiendo los beneficios que se pueden conseguir mediante el mejoramiento de las prácticas sanitarias en el marco de la Atención Primaria de Salud" OMS, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre, 1978, p. 55.

salud, pero que es necesaria para promover el uso apropiado de esos servicios" (54).

- b) Por otra parte, de acuerdo con el Comité de Terminología de la Sección de Educación Higiénica de la Asociación Americana de Educación Física, la educación higiénica "es la suma de todas las experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y colectiva" (55).
- c) Ubicándonos en el caso de México, la tercera definición la encontramos en el Programa Nacional de Salud 1983-1988, en el cual se considera que la educación para la salud es "un proceso intencionado y dinámico que tiene por objetivo procurar la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de su salud, la de su familia y la de su comunidad" (56).
- d) Por su parte, la SSA, como organismo responsable de las actividades de educación para la salud, proporciona a su vez una cuarta definición que, por supuesto, no entra en contradicción con las anteriores.

* Nos parece interesante señalar que la OMS distingue entre educación en salud e información en salud. Considera que la información correcta es una parte básica de la primera, pero que ésta debe señalar otros factores que afectan también la conducta sanitaria tales como la disponibilidad de recursos, la efectividad de un líder comunitario, el apoyo social de los miembros de la familia y los niveles de habilidades de autoayuda.

Esta institución considera que la educación para la salud, como disciplina científica (sic) es de muy reciente desarrollo, debido a que para que pudiera estructurarse como tal tuvo que apoyarse en otras ciencias entre las que sobresalen la educación, socioantropología, psicología y ciencias sanitarias. Señala, sin embargo, que como transmisión de conocimientos y conductas que sirven para evitar la enfermedad y fomentar la salud, ha existido desde siempre como una actitud inherente al hombre (57).

En base a lo anterior, la SSA considera que la educación para la salud puede conceptualizarse de tres maneras: como disciplina científica, como proceso y como conducta aprendida. Como disciplina científica, "la educación para la salud se refiere a los conocimientos y principios que determinan cómo las personas y los grupos humanos, pueden tomar conciencia de su salud, o sea que (...) es concebida como una disciplina científica aplicada, que se basa en sólidos fundamentos científicos y sociales" (58).

Como proceso, "la educación para la salud presupone un acto de transmisión y fomento del valor salud, que va de quienes tienen la tarea de educar hacia aquellos que son objeto de la acción educativa.... la educación para la salud puede entenderse, asimismo, como un proceso de conducción hacia la adquisición de la salud y su conservación". Por otro lado, como conducta aprendida, la educación para la salud se concibe "como la suma de

conocimientos, hábitos y actitudes que tienen las personas en aspectos de salud" (59).

Retomando las tres concepciones anteriores, la SSA concluye diciendo que "...la educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores, tendiente a crear en los individuos conductas favorables a su salud" (60).

3.4. Objetivos de la Educación para la Salud.

En cuanto a los objetivos de la educación para la salud, y sobretodo en éstos, se nota de manera más clara la presencia de la concepción de salud dominante en nuestros días.

Así tenemos que por una parte, Kickbusch plantea que la educación para la salud:

- Debe trabajar con imágenes nuevas y un concepto de salud positivo.
- Debe ser creativa en el desarrollo de tecnologías educativas.
- Debe estar orientada hacia la acción comunitaria y la participación de los legos.
- Debe procurar un enfoque multisectorial y multidisciplinario, y
- Debe desarrollar nuevas estrategias en varios niveles de

acción que incluyan los gubernamentales, legislativos, profesionales y comunitarios(61).

A su vez, Villaseñor y Gómez González consideran que el objetivo capital e irrevocable de la educación higiénica es conseguir, conservar y mejorar la salud de la comunidad mediante sus propios esfuerzos e iniciativa, y señalan que para alcanzar ésto es necesario que la educación para la salud:

- Despierte la conciencia individual y colectiva hacia una actitud de interés por la salud.
- Informe e instruya sobre todo lo relacionado con la salud.
- Promueva, por una parte, el desarrollo de los servicios de salud pública ante las autoridades y, por otra, el uso adecuado e integral de tales servicios por el público.
- La educación para la salud debe hacer de la salud un bien común cotizabile (62).

Por su parte, la SSA considera que la aplicación práctica de la educación para la salud deberá hacer lograr que la población:

- "Eleve el concepto de salud en su escala de valores.
- Acepte y coopere con la enseñanza que le facilita el aprendizaje de mejores conductas, para conservar y mejorar su salud, y
- Haga uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención y restauración de la salud" (63).

Por último, tenemos que la OMS considera que los principales objetivos de la educación para la salud son capacitar a la gente para que ésta:

- Defina sus propios problemas y necesidades de salud.
- Comprenda lo que puede hacer sobre estos problemas, utilizando tanto sus propios recursos como la ayuda externa, y
- Decida sobre cuáles son las acciones más apropiadas para promover una vida saludable y el bienestar comunitario (64).

Además, la OMS plantea que la educación para la salud debe estar orientada a :

- Aumentar los conocimientos y capacidades individuales acerca de la salud y la enfermedad.
- Mejorar las capacidades y conocimientos de los individuos para usar el sistema de salud y comprender su funcionamiento.
- Elevar el nivel de conciencia de la población acerca de los factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud (65).

Finalmente, en cuanto a los campos de acción de la educación para la salud, se puede decir que ésta abarca tres grandes áreas: el campo profesional, el escolar y el público en general. Este último incluye las actividades educativas de la modalidad no formal e informal, dentro de las cuales se ha adoptado como elemento fundamental el empleo de medios masivos de comunicación.

3.5. Marco Jurídico de la Educación para la Salud en México.

Los fundamentos jurídicos en los cuales se basa la educación para la salud en nuestro país lo conforman la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Código Sanitario, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y la Norma Técnica No. 279 (Ver cuadro No. 3 y Anexo No. 1).

En cuanto a los organismos que se encuentran a cargo de la educación higiénica en nuestro país, el Código Sanitario en vigor establece que la Secretaría de Salubridad es la responsable de la educación en aspectos de salud, aunque también recae en otros organismos gubernamentales tanto descentralizados como privados (66).

Así tenemos que las instituciones que en México tiene directamente a su cargo la planificación y el financiamiento para desarrollar programas de promoción de la salud son:

1) Organismos Oficiales.

- La Secretaría de Salud, como organismo rector del Poder Ejecutivo Federal en materia de salud.
- La Secretaría de Educación Pública, como responsable del bien estar de la población en edad escolar.

Además de estas dos Secretarías, hay otras dependencias oficiales que tiene ingerencia en estos programas pero sólo con carácter indirecto.

Asimismo, los servicios de salud que han sido llamados "Unidades aplicativas" u "operativas" fueron creados para desarrollar programas de promoción de la salud. En el caso de la Secretaría de Salud, éstos se llevan a cabo a través de los Centros de Salud, y en el caso de la Secretaría de Educación Pública, a través de los Servicios de Higiene Escolar.

2) Organismos Descentralizados.

Entre éstos se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Igual que en el caso anterior, aquí los servicios de salud para las personas o unidades aplicativas para la promoción de la salud, son los servicios de medicina preventiva de las clínicas del ISSSTE, del IMSS y los Centros Familiares del DIF.

3) Organismos Privados.

Bajo este rubro se agrupan todos aquellos organismos no oficiales que llevan a cabo este tipo de labores, como ejemplo podemos señalar la Asociación Mexicana de Higiene, Mex-Fam, Grupo Cálamo, Grupo Ave, etc.

De igual manera se incluyen aquí a los médicos que ejercen de manera privada su profesión, los cuales tienen la obligación de hacer una constante promoción de la salud (67).

Por otra parte, como se señaló anteriormente, la educación en aspectos de salud y alimentación es una responsabilidad del Sector Salud, presidido para tal efecto por la Secretaría de Salud y apoyado por aquellas dependencias de otros sectores que desarrollan actividades educativas en la comunidad.

Dentro de la Secretaría de Salud, las instituciones que deben realizar actividades educativas y de capacitación en los renglones de prevención, atención de los problemas de salud y rehabilitación, se subdividen de acuerdo a sus funciones* en:

- a) Normativas en Educación para la Salud.
- b) Normativas en Contenidos de Salud y Alimentación.
- c) Aplicativas en la Capacitación de la Población y del personal de los tres niveles de atención.

Dentro del primer grupo, esta tarea queda cubierta por la Dirección General de Educación para la Salud, la cual norma y

* Cabe señalar que debido a que nuestra investigación abarca el periodo comprendido de 1982 a 1988, los nombres de las dependencias y sus funciones corresponden a los vigentes en ese momento y son tomados de los planteamientos asentados en el Programa Nacional de Educación para la Salud 1982-1988.

coordina las actividades educativas en Salud y Alimentación que desarrollan el resto de las instituciones.

En el segundo grupo quedan incluidas las dependencias que tienen a su cargo normativizar los contenidos de Programas y el Control de los Programas de Salud, que son prioridades en nuestro país. Estas dependencias se encargan del desarrollo del Contenido Técnico y la amplitud que se debe dar a cada programa. Quedan incluidas:

- Dirección General de Epidemiología.
- Sistema Cartilla Nacional de Vacunación.
- Dirección General de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos.
- Dirección General de Rehabilitación.
- Dirección General de Atención Materno-Infantil.
- Dirección General de Salud Mental
- Dirección de Saneamiento Atmosférico
- Dirección General de Saneamiento del Agua
- Dirección General de Saneamiento del Suelo y Programas Especiales
- Dirección General de Licencias Sanitarias

Finalmente, en el tercer grupo se encuentran las dependencias que prestan servicio al público en los tres niveles de atención y que son el instrumento básico para dar capacitación en el Área de

Salud y la Alimentación a toda la población. Está integrado de la siguiente manera:

- Dirección General de Asistencia Social.
- Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados
- Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal
- Dirección General de Atención Materno-Infantil
- Unidad de Educación y Programación de Saneamiento Ambiental
- Dirección General de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos.
- Dirección General de Inspección y Licencias Sanitarias (Ver Cuadro No. 4).

CAPITULO IV
LA EDUCACION PARA LA SALUD EN MEXICO 1982-1988.
ESTRUCTURAS ORGANICAS Y PROGRAMAS DE ACCION.

4.1. Antecedentes.

Durante el sexenio 1982-1988, el organismo oficial encargado de las labores de educación para la salud estuvo a merced de una serie de vaivenes políticos y económicos.

En cuanto a lo político, resulta indispensable señalar que durante estos seis años, la Dirección de Educación para la Salud tuvo cambios en su Dirección en tres ocasiones: de 1982 a junio de 1984 fungió como Director Mariano García Viveros; de julio 1984 a agosto de 1985, la Dra. Ana Cristina Covarrubias, y de septiembre de 1985 a noviembre de 1988, la Dirección quedó a cargo del Dr. Angel San Román*. Así, es importante tener en consideración que la principal consecuencia de dichos cambios fue la elaboración de tres programas de trabajo, con marcadas diferencias, sobre todo entre el primero y el segundo, en cuanto a los objetivos que se planteaban alcanzar.

En cuanto a lo económico, es de señalarse que en 1985, la Dirección General de Educación para la Salud se convierte en una Dirección de Área, dependiente de la dirección General de

* Datos proporcionados en entrevista por un funcionario de la Dirección de Educación para la Salud en noviembre de 1988.

Medicina Preventiva, y desde ese momento sus labores estarán a merced del presupuesto asignado a ésta última.

Por otra parte, hay que subrayar que detrás de la elaboración de los diferentes programas propuestos se encuentran dos eventos: en primer lugar, la ya citada Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud, y en segundo lugar, las discusiones técnicas sobre Nuevas Políticas de Educación para la Salud en Atención Primaria de la Salud, previas a la realización de la 36a. Asamblea Mundial de la Salud en 1983.

En relación al primer evento, ya se han señalado las principales declaraciones derivadas de dicha reunión, motivo por el cual nos avocaremos al segundo evento conocido como Reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre Nuevos Criterios de Educación Sanitaria para la Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Ginebra, del 12 al 18 de octubre de 1983.

Durante dicha Reunión, la OMS señaló que el hecho de haber seleccionado el tema de "Nuevas Políticas para Educación para la Salud en Atención Primaria de Salud" con el fin de discutirse en la 36a. Asamblea Mundial de la Salud, obedecía a la necesidad de presentar a los países la oportunidad de que revisaran sus políticas y aportaran reflexiones sobre cómo armonizar tales políticas con la declaración de Alma-Ata y la estrategia "Salud para todos en el año 2000".

En este sentido, la OMS subrayó que la conferencia de Alma-Ata declaró fácilmente que "La educación influye en la prevalencia de problemas de salud y los métodos de prevención y control de los mismos, es una "prioridad" entre los componentes esenciales de la atención primaria de salud y la educación puede facilitar a la población el ejercicio y la confianza en su derecho a participar individual y colectivamente en la planeación e implementación de la "atención a la salud" ... la educación para la salud(...) deberá ser integrada a todos los campos del proceso de atención a la salud, desde planeación, hasta evaluación" (68).

A partir de esta Reunión se planteó la necesidad de prestar mayor atención en cuatro sectores:

- a) Tecnología orientada al pueblo. Este renglón se refiere a que los proveedores de asistencia sanitaria deben dar a los individuos la oportunidad de que tomen parte activa en las decisiones relativas al tipo de tecnología de la salud que van a recibir. Este cambio exige el reconocimiento total de la idea que tiene la población de sus propias necesidades en materia de salud así como de la aceptación y utilización de diferentes tecnologías de asistencia sanitaria en función de diversos factores sociales, culturales y económicos.

b) Recursos de personal no profesional. Esto hace alusión a la necesidad de fomentar la participación activa que pueden aportar personas no profesionales en la asistencia sanitaria. El criterio de la atención primaria de salud significa que las poblaciones deben actuar para mejorar su propia salud y no debe esperar a que otros lo hagan por ellas. El problema principal -señalan- radica en que muchas veces las personas no están dispuestas a aceptar su propia responsabilidad en cuanto a su salud, debido a que están acostumbradas a pensar que las autoridades tienen la obligación de prestar asistencia sanitaria.

c) Modelos. La educación para la salud ha tenido un importante desarrollo desde aquellos primeros modelos "cognoscitivos" que tenían como fin decir a la gente lo que tenía que hacer. Después surgieron otros modelos que se centraban en la motivación, los cuales luego fueron ampliados con la inclusión de la función que los valores y normas sociales desempeñaban en la definición de las actitudes respecto a la enfermedad y la salud, así como respecto al tratamiento y la prevención.

Actualmente el reconocimiento de la influencia del medio social en la salud* ha sido acompañado de la comprobación de que en ésta influyen además los estilos de vida, la

* Que no deja de ser a partir de una concepción ecologista.

interpretación del contexto social en el que se vive y las formas de comunicación e interacción que existen en una comunidad. Todo ésto plantea la necesidad de que la educación para la salud desarrolle modelos ecológicos que abarquen los elementos mencionados y que las poblaciones meta se orienten en primer lugar a la familia y luego a la escuela.

d) Nuevas funciones de los proveedores de asistencia sanitaria.

Aquí los "expertos" hacen referencia a la urgente necesidad de que el personal de salud reciba una capacitación adecuada y acorde con las tareas que se esperan de él, ya que, si no se cuenta con el tipo adecuado de personal capacitado, los demás recursos del sistema de salud serán desperdiciados, por lo menos en alguna medida (69).

Por su parte, la Secretaría de Salud, en relación a las Nuevas Políticas de Educación para la Salud, reafirma que la labor educativa debe tener como propósito organizar a la comunidad para la labor de prevención de padecimientos y atención oportuna de los mismos, por la misma comunidad. Además señala como "de fundamental importancia definir el concepto de individualidad para poder integrar el de colectividad, ya que de otra manera, el individuo se hace dependiente de las acciones de uno o varios grupos, que en un momento dado tienen el poder de la decisión. Este concepto de reforzamiento de la individualidad, tiene que ser dirigido en el sentido de que a través de la

autoprotección de la salud se podrán adquirir las suficientes capacidades y aptitudes para alcanzar los niveles sociales y económicos que permitan desarrollar las actividades que el hombre ha programado para su vida futura". (70).

Teniendo en consideración estos antecedentes, pasemos al análisis de la Dirección de Educación para la Salud de la Secretaría de Salud.

4.2. Estructuras orgánicas de la Dirección de Educación para la Salud de 1982 a 1988.

Durante el sexenio de Miguel de la Madrid, la Dirección de Educación para la Salud tuvo dos estructuras orgánicas, así cabe apuntar que hasta 1985 se conservó la estructura establecida desde 1980 con Mariano García Viveros, y a partir de su incorporación a la Dirección General de Medicina Preventiva, la Dirección de Educación para la Salud fue organizada de nueva cuenta.

De esta forma, de 1982 a 1985 la Dirección General de Educación para la salud estaba conformada por tres direcciones y una delegación con las siguientes funciones:

Dirección General de Educación para la Salud:

- Dirección de Planeación. Integrada por los Departamentos de Coordinación Estatal y Supervisión, Departamento de Programación y Evaluación y Departamento de Información y Estadística. Esta Dirección perseguía como objetivos: 1) coordinar la elaboración y avance de programas de educación para la salud de la SSA así como de otros organismos; 2) dirigir y controlar la aplicación de normas sobre la formulación del Presupuesto por Programas de la Dirección General de Educación para la Salud; 3) desarrollar y supervisar la aplicación de métodos, técnicas y procedimientos de todos los programas; 4) evaluar en forma coordinada los programas de educación para la salud de la SSA y de otras dependencias que desarrollan esta actividad, y 5) planear, desarrollar y controlar un Sistema Estadístico de educación para la salud a nivel nacional.

- Dirección de Investigación, Capacitación y Contenidos.

Integrada por los Departamentos de Contenidos Educativos en Salud; Departamento de Educación Nutricional; Departamento de Investigación Educativa y Departamento de Capacitación Educativa. Sus objetivos eran: 1) diseñar y ejecutar investigaciones en educación para la salud y alimentación, sobre hábitos y costumbres de la población, así como de las técnicas pedagógicas para educarla; 2) programar y participar en la capacitación y actualización de recursos profesionales, técnicos y voluntariado nacional en el campo de la Educación para la Salud y

Alimentación; 3) elaborar los contenidos educativos sobre educación para la salud y alimentación, para la aplicación de los Programas Sustantivos de la SSA y otras Dependencias que desarrollan la tarea educativa en salud y alimentación; 4) proporcionar asesoría técnica en los proyectos de investigación, capacitación y elaboración de contenidos educativos correspondientes al área de la Educación para la Salud y Alimentación.

- Dirección de Producción y Difusión. Integrada por: Departamento de Creatividad y Diseño, Departamento de Audio y Video, Departamento de Difusión y Distribución, y Departamento de Control de Producción. Los objetivos de esta Dirección fueron: 1) señalar y establecer los requerimientos para la elaboración, difusión y distribución del material didáctico, así como planear, elaborar y controlar su producción; 2) señalar los lineamientos para la difusión de los perfiles de audiencias, desde el punto de vista de la comunicación educativa, a través de estudios sobre las características socio-culturales, hábitos y costumbres de las diferentes comunidades o grupos de población a quienes se dirigen los mensajes; 3) desarrollar el Plan de Medios General de la Dependencia así como de la SSA, en el campo de la educación para la salud y alimentación; 4) promover y coordinar los sistemas que permitan agilizar y actualizar los procesos de producción de material didáctico, y 5) elaborar los materiales didácticos que se requieren para llevar a cabo la educación para la salud de la población tanto por elementos promocionales como por medio

masivos de comunicación y actividades de capacitación de elementos aplicativos.

- Delegación Administrativa. Estaba integrada por los Departamentos de Servicios Generales, Departamento de Contabilidad y Departamento de Recursos Humanos. Sus funciones eran: 1) planear, dirigir y controlar las actividades de apoyo administrativo, relacionadas con el manejo de recursos humanos, financieros y materiales requeridos por la Dirección General; 2) establecer y desarrollar mecanismos para el manejo y control de adquisiciones, almacenes e inventarios de Contabilidad y Presupuesto, así como de los demás servicios de apoyo; 3) organizar y coordinar los servicios de correspondencia, archivo, reproducciones gráficas, transporte, mensajería, intendencia conservación y mantenimiento de edificios y vehículos requeridos por las diferentes subdirecciones de la Dirección General (Ver organigrama No. 2) (71).

Por otra parte, cuando Ana Cristina Covarrubias asume la Dirección General de Educación para la Salud en julio de 1984, y en base a que el Gobierno Federal desde el inicio del sexenio había elaborado una reestructuración general de sus organismos con el fin de integrar, coordinar y modernizar las dependencias que tuvieran tareas afines, se presenta una nueva estructura orgánica para la Dirección General, que finalmente quedó en propuesta (72) (Ver organigrama No. 2).

Para 1985, la Dirección General de Educación para la Salud pasa a ser una Dirección de Área de la Dirección General de Medicina Preventiva, y cambia su denominación a Dirección de Educación para la Salud, con el Dr. Angel San Román como Director. Así, la nueva Dirección trae consigo también una nueva reestructuración, integrada de la siguiente manera:

- Subdirección de Producción y Apoyo Didáctico. Conformada por los Departamentos de Contenidos Educativos, Departamento de Diseño Gráfico y Departamento de Material Audiovisual. Esta subdirección tenía seis funciones*: 1) participar en la elaboración del subprograma interinstitucional en materia de producción de mensajes audiovisuales e impresos diversos, relacionados con la educación para la salud; 2) integrar el subprograma nacional anual institucional de producción de material audiovisual y de impresos diversos que apoyan las campañas de educación para la salud; 3) elaborar las normas técnicas y los procedimientos correspondientes para la producción de materiales audiovisuales e impresos que promuevan mensajes de educación para la salud; 4) definir las estrategias y planes de medios, para el desarrollo de las campañas de educación para la salud, que apoyen los programas de acción que define el Programa

* De acuerdo con información proporcionada por funcionaria de la Dirección de Educación para la Salud, a pesar de que cada una de estas subdirecciones tenían bien delimitadas sus funciones, en la realidad no se llevaron a cabo, o sólo parcialmente.

Nacional de Salud; 5) proponer y desarrollar convenios de concertación de acciones con los organismos de radio, televisión y cinematografía, para utilizar en mayor medida los medios de comunicación colectiva como elementos informativos de apoyo, y 6) promover la realización de investigaciones tendientes a conocer las características de la población por regiones y/o por grupos para determinar el tipo de comunicación más adecuada y las formas de orientarla y capacitarla en el autocuidado de su salud.

- Subdirección de Programas Educativos. Integrada por Departamento de Educación No Formal, Departamento de Capacitación y Supervisión, y Departamento de Desarrollo Comunitario. Tenía como funciones: 1) formular el Programa Institucional Anual de Educación para la Salud, considerando las actividades que en la materia programan las unidades administrativas de la Secretaría y los Servicios Coordinados de Salud en los Estados; 2) elaborar el Programa Interinstitucional Anual de Educación para la Salud; 3) Diseñar y ejecutar programas educativos específicos que respondan a las necesidades regionales, y de acuerdo a la población protegida por las instituciones; 4) elaborar Normas Técnicas para la formulación, control y seguimiento de programas de educación para la salud, así como supervisar y evaluar su aplicación en el cumplimiento de los programas específicos; 5) normar la participación de las dependencias que conforman el sector público, en cuanto a la formulación y desarrollo de los programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y

alcanzar una cobertura total de la población; 6) proponer convenios de concertación de acciones con los sectores social y privado, para apoyar la consecución de los diversos programas de educación para la salud; 7) establecer los mecanismos de control y seguimiento pertinentes, con el propósito de cumplir en tiempo y forma con los programas; y 8) desarrollar, en coordinación con el sector educativo, acciones de educación para la salud dirigidas hacia escolares, con el objeto de crear hábitos y costumbres que les permitan el autocuidado de su salud.

- Subdirección de Investigación y Evaluación de Impacto Educativo. Integrada por los Departamentos de Desarrollo de Modelos Aplicativos, y de Encuestas y Estadísticas. Tenía asignadas las siguientes funciones: 1) participar en la elaboración del subprograma interinstitucional de investigación en materia de educación para la salud; 2) integrar el subprograma nacional anual institucional de investigación en educación para la salud; 3) coordinar, integrar y actualizar las normas técnicas y procedimientos para la realización de investigaciones referentes con educación para la salud; 4) establecer y mantener actualizado permanentemente el registro de investigaciones que en materia de educación para la salud llevan a cabo instituciones de los sectores público, social y privado, así como los organismos internacionales de salud; 5) promover y desarrollar investigaciones orientadas a conocer los hábitos y costumbres de la población, así como las técnicas, procedimientos y materiales

didácticos más adecuados; 6) definir los procedimientos adecuados para la evaluación de los diversos programas de educación para la salud; 7) desarrollar e instrumentar modelos educativos para organizar y sistematizar el proceso de educación para la salud; 8) establecer un sistema de información como base de la evaluación cuantitativa sobre el avance y logros del programa de educación para la salud, y 9) diseñar e instrumentar un sistema de evaluación cualitativa para conocer el impacto del programa de educación para la salud en la población (73) (Ver organigrama No. 3).

Como se puede observar en los dos estructuras orgánicas anteriormente descritas, a partir de 1985 se reduce el número de Departamentos a sólo 8 (consecuencia además de la reducción del presupuesto) en comparación con el organigrama de 1982-1985, conformado por tres Direcciones, una Delegación Administrativa y 14 Departamentos.

4.3 El Plan Nacional de Educación para la Salud 1982-1988, el Programa de 1984-1985 y lo que sucedió de 1985 a 1988.

Como se señaló al principio de este apartado, durante el sexenio 1982-1988, la Dirección de Educación para la Salud tuvo un Plan Nacional de trabajo 1982-1988, un Programa de Trabajo

1984-1985, y para 1985-1988 se sabe que se elaboró un nuevo programa*. Veamos lo que proponían cada uno de ellos.

4.3.1 Plan Nacional de Educación para la Salud 1982-1988.

En la parte introductoria de este Plan se señala que, "desde el enfoque de la existencia de más de 85,000 comunidades rurales en las que habitan menos de 2000 habitantes", los problemas de salud que aquejan al país no se pueden resolver por medio de mecanismos únicamente de tipo asistencial, ya que los recursos no serían suficientes y tendrían un costo "incalculable". Así, apuntan que "más del 60% de las causas de enfermedad y muerte en nuestro país, que afectan en su mayoría a niños menores de 5 años de edad, son prevenibles a través de la participación del mismo individuo y la comunidad en su conjunto. Alimentación adecuada, higiene personal y el manejo de alimentos, vigilancia adecuada del embarazo, agua potable, drenaje o construcción de letrinas sanitarias, vacunación, atención oportuna y adecuada de padecimientos infecciosos y parasitarios, contaminación del agua, aire y tierra y muchos más pueden ser corregidos con estrategias de Educación y Capacitación adecuadas y profesionalmente diseñadas e instrumentadas" (74).

* En relación al programa 1985-1988 debemos aclarar que dicho documento no fue posible de conseguir, sin embargo, por información proporcionada en entrevista por funcionaria de la Dirección, sabemos que ese programa estaba basado casi totalmente en el programa de trabajo por la Dra. Covarrubias en 1984-1985.

En este Plan, encontramos que el universo de los programas de la Dirección está integrado por la población en general, con especial atención a los grupos sociales de bajos recursos. Además, se señalaba que los programas educativos deberían ser adecuados a los diferentes grupos sociales de México: indígena, marginado, rural y urbano*, y se incluía entre los grupos prioritarios a la clase trabajadora **.

De esta forma, el Plan señalaba como objetivo general: "Promover y desarrollar conciencia social en la población, preferentemente la de bajos recursos, para motivarla a preservar su propia salud y la de su comunidad y mejorar su alimentación, de tal forma que provoque en ella actitudes responsables y activas para disminuir su dependencia respecto del Sistema Médico Asistencial y mejorar su nivel y calidad de vida" (75).

En cuanto a los objetivos específicos que se perseguían, se señalaban los siguientes:

* En la práctica, como veremos, existe una centralización total en la producción de los materiales educativos, de tal manera que la adecuación a las características de los diferentes grupos no se lleva a cabo.

** Esta inclusión tampoco es fortuita, ya que no debemos olvidar que la clase trabajadora representa un grupo de poder político y económico, por tanto es prioritario "atenderlo".

1. "Crear un Sistema Estatal de Educación para la Salud y Alimentación, que actúe en todas las áreas de la acción educativa.
2. Desarrollar diagnósticos de las características regionales, etnológicas, culturales y ocupacionales de la problemática en salud y disponibilidad de alimentos por localidad y región que permitan desarrollar Programas Educativos acordes a la realidad.
3. Desarrollar infraestructura normativa de control, capacitación e investigación en Educación para la Salud y Alimentación.
4. Realizar coordinación intrainstitucional entre las diversas Dependencias que llevan a cabo acciones de Educación para la Salud, con el propósito de optimizar los recursos físicos y financieros y llevar en forma adecuada, oportuna y uniforme la información, orientación y capacitación en Salud a la población.
5. Crear un Programa Integral de Educación para la Salud que contemple todas las áreas de acción de la SSA.
6. Coordinar, supervisar y asesorar la planeación, ejecución y evaluación de los Programas y Acciones de Educación para la

Salud, que se llevan a cabo en las múltiples dependencias que integran las tres Subsecretarías de la SSA.

7. Elaborar y difundir los Auxiliares Didácticos de apoyo a la capacitación y educación del personal y de la población, que se requieren para los programas que desarrollan las diferentes Direcciones de la SSA" (76).

Cabe anotar que este Plan fue propuesto para ser desglosado en tres fases: preliminar, de integración y operativa, y su aplicación englobaría los niveles Normativo Nacional, Aplicativo Estatal, Aplicativo Jurisdiccional y Aplicativo Local.

Por otra parte es importante subrayar que tanto en la fase de Integración como en la Operativa, se consideraba el empleo de medios masivos de comunicación. Así, en la Integración se incluía el Plan de Medios y se señalaba que éste comprendería todas las normas de utilización de medios, elaboración de materiales didácticos para: a) auxiliares didácticos de capacitación educativa a la población y al personal participante; b) medios masivos de comunicación; c) producción de auxiliares, tanto para actividades didácticas como para medios masivos de comunicación, y d) calendarización, características y los detalles de los materiales didácticos a utilizar.

En cuanto a la Fase Operativa, en las actividades preliminares estatales se incluían los preparativos para la

utilización de los medios de comunicación como Sistemas Educativos.

Además el Plan señalaba que para la aplicación de los Programas se seguirían tres esquemas:

CAPACITACION A LA COMUNIDAD	ETAPA DE INTRODUCCION	ETAPA MOTIVADORA	ETAPA DE ATAQUE	ETAPA DE MANTENIMIENTO
-----------------------------	-----------------------	------------------	-----------------	------------------------

EDUCACION FORMAL	ETAPA DE SENSIBILIZACION	ETAPA PROMOCIONAL EDUCATIVA
------------------	--------------------------	-----------------------------

ACTIVIDADES EDUCATIVAS A TRAVES DE MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION	ETAPA DE SENSIBILIZACION	ETAPA DE ATAQUE	ETAPA DE MANTENIMIENTO
---	--------------------------	-----------------	------------------------

Finalmente, cabe anotar que este Plan se intentó llevar a cabo de 1982 a 1984, sin embargo no se llegó a aplicar totalmente.

4.3.2 Programa de Educación para la Salud 1984-1985.

En julio de 1984, la Dra. Ana Cristina Covarrubias asume la Dirección General de Educación para la Salud y elabora un nuevo programa de trabajo que intentará llevar a cabo hasta septiembre de 1985.

Debido a la importancia de las declaraciones vertidas en este Programa, consideramos fundamental señalar varios puntos.

El Programa de Educación para la Salud 1984-1985 apuntaba, en cuanto al panorama de esta actividad en el país, que la política de salud en años anteriores no había dado suficiente importancia a las actividades de educación para la salud y ésto se reflejaba en la asignación presupuestal entre los diferentes programas a nivel nacional, en la que se dedicaba un mayor presupuesto a la atención curativa y sólo una mínima parte a las acciones preventivas, entre éstas la educación para la salud.

El mismo documento señalaba que el hecho de que la educación para la salud ha sido tradicionalmente considerada como una actividad secundaria "se puede atribuir a que generalmente se manejan concepciones biologicistas, eminentemente curativas sobre el quehacer médico, en las que las actividades de promoción de la salud tienen poco significado, todo ello por considerar a la

enfermedad como una unidad aislada de la salud, de manera individual y no como un proceso sicosocial y colectivo" (77).

Además apuntaba que la educación para la salud también ha sido tradicionalmente concebido como un medio de apoyo publicitario para otros programas prioritarios y el material didáctico de apoyo ha tenido carácter de propaganda.

Este Programa consideraba que el problema a plantear en materia de educación para la salud podía resumirse en tres puntos:

1. No existe un sistema no formal de educación para la salud, ya que el Sector Salud se encuentra comprometido en múltiples actividades (pláticas, cursos, mensajes) frecuentemente desvinculados y difícilmente evaluados.
2. Ante esta situación, está presente todo un aparato de comunicación masiva que quizá sin intención, pero si sistemáticamente, educa más para la enfermedad que para la salud.
3. Dentro del Sistema formal escolarizado, si bien se han conseguido logros específicos apreciables, como el incluir en los programas curriculares contenidos de promoción de conductas preventivas de la enfermedad, aún no se incide en la

transmisión del valor de la salud y la corresponsabilidad en el cuidado de la misma en el ámbito propio y el comunitario*.

Ante esta problemática, Covarrubias propuso la creación de un sistema de educación no formal en salud, vinculado al sistema escolarizado. Esta creación suponía:

- "a) La concepción de la educación para la salud como un proceso de comunicación con la población, por medio de dos clases de agentes transmisores: las personas significativas con las que se interactúa en la vida cotidiana, y los medios masivos de comunicación, agentes que han de articularse en un proceso continuo y congruente.
- b) La articulación de acciones educativas en un programa integral de alcance nacional en el que cada entidad federativa encuadre las necesidades de salud y peculiaridades comunicativas regionales.
- c) La restricción por la vía jurídica, del empleo de los medios masivos de comunicación como agentes de educación para la enfermedad y la adecuación de los reglamentos sobre uso de tiempos y espacios necesarios para la difusión de la educación para la salud.
- d) La generación y operación de un sistema de evaluación" (78).

* Para profundizar en las conclusiones del diagnóstico sobre educación para la salud presentadas en este Programa, ver el anexo no. 2.

En base a esta propuesta, el Programa de Educación para la Salud 1984-1985 se proponía dos objetivos generales:

- 1º Coadyuvar en la extensión de la cobertura de los servicios, y
- 2º Lograr la participación activa y consciente de la población en el cuidado de la salud individual, familiar y social como vía para su desarrollo integral.

Como objetivos específicos inmediatos se plantearon:

- Incrementar la información de la población con respecto a los programas prioritarios de la salud.
- Motivar a la población para que participe en tales programas.
- Modificar actitudes de la población para propiciar la aceptación de las disposiciones y acciones propuestas en esos programas.
- Facilitar la adopción de conductas conducentes a la salud.
- Enseñar a la población a resolver los problemas de su realidad mediante la organización y participación comunitaria.

Finalmente, los objetivos específicos mediatos fueron:

- Coadyuvar al logro de las metas de los programas prioritarios de salud y en especial: al mejoramiento de los hábitos nutricionales de la población; al decremento de la tasa de crecimiento demográfico; al descenso de la tasa de morbimortalidad por enfermedades infecto-contagiosas; a la disminución del consumo immoderado de bebidas alcohólicas.

- Coadyuvar en el proceso de utilización racional de los servicios.
- Coadyuvar en el proceso de incorporación de la mujer al desarrollo, y
- Coadyuvar en el proceso de incorporar a la población en el proyecto nacional de desarrollo.

Como se puede observar, entre los planteamientos del Programa Nacional de Educación para la Salud 1982-1988 y éste último existen grandes diferencias, a menos a nivel de documentos.

En el Programa de Covarrubias encontramos un énfasis muy especial en los renglones de la educación no formal y el empleo de medios masivos de comunicación. Además, sobresale el interés por abordar y resolver aspectos básicos como la unificación de criterios sobre lo que es la educación para la salud y la metodología necesaria para intentar alcanzar los objetivos propuestos.

Sin embargo, todos estos buenos deseos no llegaron muy lejos. Durante la Dirección de Covarrubias se recopilaron datos en los Estados de la República para conocer las diferentes problemáticas que en materia de educación para la salud se tenían. Así, a partir de los planteamientos del Programa 1984-1985 y basándose en la "Guía de Programación en Educación para la

Salud", se pretendió ofrecer a nivel nacional los elementos conceptuales y metodológicos básicos para la programación en materia de educación para la salud. Pero este proyecto se suspendió en su primera etapa (agosto 1985), que es cuando la Dirección General pasa a Medicina Preventiva y el Programa 1984-1985 se queda sin llevarse a cabo, fundamentalmente por razones económicas, ya que desde septiembre de 1984 Educación para la Salud depende del presupuesto de Medicina Preventiva.

4.3.3. La Dirección de Educación para la Salud de 1985 a 1988.

Como ya se ha señalado, el 19 de agosto de 1985, se publica en el Diario Oficial la inclusión de las atribuciones de Educación para la Salud a las de la Dirección General de Medicina Preventiva, con lo que la primera pasa a ser una Dirección de Área de la Segunda.

A raíz de este cambio sabemos que se elaboró un Programa de trabajo 1985-1988, sin embargo ha sido infructuosa la búsqueda de tal documento, tanto en la propia Dirección de Educación para la Salud como en el Centro de Documentación e Información de la Secretaría de Salud. Sin embargo, con el fin de aproximarnos un poco a las labores que se realizaron en ese lapso, a continuación

* SSA. Subsecretaría de Investigación y Desarrollo. Dirección General de Educación para la Salud. Guía de Programación en Educación para la salud, julio 1985.

mencionaremos las atribuciones que se le confirieron a la Dirección de Educación para la Salud a partir del cambio señalado:

- Promover la formulación y desarrollo, así como supervisar y evaluar los programas de educación para la salud;
- Elaborar las normas para el diseño y formulación de los programas de educación para la salud y desarrollar normas de comunicación social en la materia, y
- Coordinar la producción de material educativo y la participación de la Secretaría con otras dependencias o entidades públicas y con los sectores social y privado, en materia de educación para la salud (79).

Tomando como base tales atribuciones, la Dirección de Educación para la Salud estableció las funciones a las cuales debería avocarse de acuerdo a sus áreas específicas:

- Coordinar la participación de las instituciones del Sector en la elaboración del programa interinstitucional anual, tomando como base el Programa Nacional de Salud y desarrollar el mismo en materia de educación para la salud.
- Integrar, considerando el programa Nacional de Salud, el programa institucional anual sobre educación para la salud, dando las pautas generales para el desarrollo de los programas operativos correspondientes a cada entidad federativa.

- Coordinar permanentemente la elaboración y actualización de las normas, técnicas y procedimientos sobre educación para la salud y establecer los mecanismos para la difusión de las mismas en el nivel aplicativo.
- Analizar, proponer e instrumentar las medidas correctivas que resulten necesarias para el logro de los objetivos de los programas de educación para la salud.
- Fomentar y promover investigaciones en materia de educación para la salud, identificando problemáticas y validando normas, técnicas e instrumentos para su ejecución.
- Promover la capacitación del personal a niveles central, nacional y estatal aplicativo, en materia de educación para la salud.
- Coordinar y avalar la planeación y desarrollo de acciones de supervisión y asesoría que referentes a educación para la salud lleve a cabo el personal de la Dirección General.
- Coordinar y fomentar la participación de los sectores que realizan actividades de educación para la salud, en cuanto a la formulación de contenidos educativos para la ejecución de las campañas y/o programas de acción que determina el Programa Nacional de Salud.

Finalmente, interesa subrayar el tipo y la cantidad de personal con los que se contó en los últimos años del sexenio:

TIPO DE PERSONAL	CANTIDAD
Mandos Medios	11
Médicos Generales	5
Trabajadoras Sociales	1
Nutricionistas	2
Analistas Especializados	4
Técnicos Especializados	11
Supervisores	2
Jefes de Oficina	10
Secretarías	15
Personal de Apoyo Administrativo	6
	—
TOTAL	67 *

* Nótese que existe aquí menos personal del que se registra en el tercer organigrama producto de la reestructuración. Los datos arriba anotados fueron tomados de: SSA. Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección de Educación para la Salud. La Educación para la Salud en México 1983-1988, Realizaciones y Perspectivas (memorias), mimeo, noviembre 1988.

V. PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LAS DIARREAS EN MEXICO

5.1 Introducción

Para adentrarnos en las acciones que el gobierno mexicano ha emprendido en respuesta a esta problemática de salud, creemos necesario señalar que es una concepción predominante biologicista de las enfermedades gastrointestinales la que ha conducido la adopción final de medidas de lucha contra estas enfermedades. Así encontramos que oficialmente la diarrea "... es un síndrome de naturaleza casi siempre infecciosa que puede ser causada por virus, bacterias, protozoarios y algunos helmintos* (...) El reconocimiento reciente de la función de algunos virus y bacterias como causa de la diarrea permite identificar a los agentes patógenos en más de dos tercios de los casos." (80)

Así tenemos que a la diarrea, en sentido amplio. "se le puede definir como heces acuosas o líquidas. En general, esa evacuación se repite más de tres veces al día, pero la característica más importante es la consistencia y no la frecuencia de las evacuaciones" (81)

Por otra parte se sabe que la muerte por diarrea aguda se debe generalmente a la deshidratación resultante de la excesiva

* La diarrea se adquiere por vía oral

pérdida de electrolitos y agua del organismo a través de las heces, vómito, sudor y pérdidas sensibles.*

Si bien las definiciones anteriores desde el punto de vista meramente biológico resultan exactas, lo que interesa subrayar es su carácter parcial, ya que dejan de lado las condiciones socioeconómicas de la población que sufre este tipo de padecimientos con mayor frecuencia. Sin embargo, pese a las definiciones oficiales, se sabe que las diarreas "... son, típicamente, de las enfermedades que están más clara y estrechamente vinculadas a las condiciones de vida de los grupos sociales." (82) Así la carencia de vivienda limpia, de alimentación adecuada y de agua potable, entre muchas otras, son situaciones que condicionan la adquisición de la enfermedad diarréica.

5.2 Morbimortalidad infantil por diarreas en México

La OMS informó en 1983 que en los países en vía de desarrollo fallecen cinco millones de niños menores de cinco años anualmente a consecuencia de la diarrea, y del 60 al 70% de los

* Según la cantidad de líquidos perdidos, la deshidratación en el lactante se clasifica en tres grados: a) primer grado o leve, cuando la pérdida de peso es menor de 5%, b) de segundo grado o moderada, cuando la pérdida de peso es de 5 a 10%, y c) de tercer grado o grave, cuando la pérdida de peso es mayor de 10%.

casos, la muerte es provocada por la deshidratación. (83)

En el caso de México, la mortalidad por diarrea ha seguido una tendencia descende, aunque de 1970 a 1981 sigue ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad general en la población (ver cuadro no. 5). Así encontramos que en 1972 se registraron 66,864 defunciones por 100,000 habitantes, con una tasa de 127.0, mientras que en 1981 se registraron sólo 32,084 defunciones por 100,000 habitantes, con una tasa 44.5 (ver cuadro no. 6). De las defunciones ocurridas en el último año reportado (1981), el 76% correspondieron a niños menores de cinco años, siendo los Estados de Oaxaca, Guanajuato, Aguascalientes, Querétaro y Puebla los que tienen una mayor mortalidad. (84)

De esta manera, según datos de 1980, las enfermedades infecciosas intestinales son la primera causa de muerte en México en niños de 1 a 4 años (ver cuadro no. 7), la segunda causa en niños de 5 a 14 años (ver cuadro no. 8) y la tercera causa en niños menores de un año (ver cuadro no. 9). Cabe señalar que de acuerdo a un diagnóstico realizado en 1981 en las zonas rurales de México se demostró que en este medio las infecciones intestinales son la principal causa de defunción en los menores de 15 años. (85)

Además, resulta interesante destacar que tan sólo en la ciudad de México, lugar en el que se cuenta con recursos

Además, resulta interesante destacar que tan sólo en la ciudad de México, lugar en el que se cuenta con recursos asistenciales suficientes en cantidad y calidad, la diarrea es la segunda causa de muerte. (86)

Por otra parte, en cuanto a la morbilidad por diarreas, en los últimos 10 años reportados (1974 a 1983) se muestra una tendencia ascendente: en 1974 se reportaron 334,032 casos, con una tasa de 591.3 por 100,00 habitantes, mientras que para 1983 los casos fueron 2,348, 753, con tasa de 3,213.1 por 100.000 habitantes (ver cuadro no. 10)

Si tomamos en cuenta los grupos de edad, vemos que los casos de enteritis y enfermedad diarreica se distribuye de esta manera:

GRUPO DE EDAD	1979		1983	
	CASOS	%	CASOS	%
0 - 1	114,224	19.2	464,564	19.8
1 - 4	221,311	37.2	631,472	26.8
5 - 14	102,921	17.3	299,683	12.8

FUENTE: Informe Semanal de Casos Nuevos (Epi-1-79). Dirección General de epidemiología.

Finalmente, si se comparan las tasas de mortalidad por diarrea en lactantes, pre-escolares y escolares con las tasas de otros países (ver cuadro no. 11) encontramos que para 1982 este problema seguía siendo muy grave en nuestro país, y nos atrevemos a suponer que dada la crisis económica del sexenio 1982-1988 que

salud, los casos de morbilidad infantil por diarreas debieron haber aumentado a finales del gobierno de Miguel de la Madrid.

De esta manera, de acuerdo a la concepción dominante, al ser la diarrea un problema de salud causado por agente patógenos de tipo biológico y al ser la deshidratación la principal causa de muerte relacionada con esta enfermedad, actualmente existe el consenso de que el tratamiento ideal para la deshidratación en el caso de diarreas agudas, es aquel que ha sido elaborado y recomendado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia* (UNICEF) y la OMS, a través de los sobres de sales para la rehidratación oral.** (87)

5.3 Programa de Control de Enfermedades Diarréicas (CED) de la Organización Mundial de la Salud

* La terapia de rehidratación oral constituye, junto a la lactancia al seno materno, la inmunización universal y la vigilancia del crecimiento y desarrollo, punta de lanza propuesta por la UNICEF para abatir la mortalidad infantil. Para ampliar la información consultar: ALTAMIRANO LAGARDA, S. Y CARDENAS ROMERO. C. "El impacto de la Rehidratación Oral en la mortalidad por infección intestinal en el Estado de Jalisco, 1984-1986". Salud Pública de México, vol. 30, no. 2, 1988.

** Esta terapia, para todo tipo de diarrea, a cualquier edad es recomendada desde 1974, siendo su composición la siguiente:

INGREDIENTES	GRAMO/LITRO DE AGUA
Cloruro de sodio	3.5
Bicarbonato de sodio	2.5
Cloruro de Potasio	1.5
Glucosa	20.0

De acuerdo con Michael Merson, Director del Programa de Control de Enfermedades Diarréicas (CED) de la OMS, los problemas producidos por las enfermedades diarréicas agudas en los países en desarrollo, pueden ser agrupados en los siguientes:

- 1) Mayor mortalidad y morbilidad infantil
- 2) Causa importante de desnutrición, y
- 3) Mayor demanda de servicios de salud y mayor gasto público para la atención de los pacientes enfermos. (88)

Ante tal problemática, y habiéndose aceptado que la terapia de hidratación oral era el aporte más importante para la solución de la misma, en 1978 por consejo de la Asamblea de la OMS se convino en realizar un ataque conjunto contra las enfermedades diarréicas incluyéndolas como área prioritaria de acción. Así es como surge el CED con los objetivos mediatos de reducir la mortalidad por diarreas en niños menores de cinco años y a más largo plazo, reducir la morbilidad en el mismo grupo, actuando paralelamente sobre la desnutrición. (89)

En este programa, la OMS se propone una estrategia para el control de la diarrea, basada en cuatro puntos:

- "Mejora en el manejo terapéutico del niño con diarrea, con énfasis en el uso temprano de la terapia de rehidratación oral (TRO) y en la alimentación apropiada durante la enfermedad y la convalecencia.

- Aplicación de las prácticas de salud materno-infantil, con énfasis en la lactancia materna, prácticas de destete, nutrición de la madre e higiene personal y doméstica.
- Mejora en el uso y mantenimiento del agua para beber y de las instalaciones de saneamiento e higiene de los alimentos.
- Identificación y control de epidemias. " (90)

De esta manera, desde el inicio del Programa CED, se puso énfasis en la rehidratación oral como la intervención primaria, más no la única, para reducir la mortalidad por enfermedades diarréicas en niños menores de cinco años. Así, desde las estrategias de la atención primaria de salud (APS), la terapia de rehidratación oral se reconoce como una intervención efectiva y relativamente barata para la reducción de la mortalidad por diarreas.

Sin embargo, es importante hacer notar que Merson señala, que además de la terapia de rehidratación oral, hay tres razones por las cuales se requieren otras intervenciones en el control de las enfermedades diarréicas: "Primero, al igual que las otras intervenciones de salud realizadas a nivel de la comunidad, la

promoción de la TRO* se enfrenta a obstáculos que pueden impedir el logro total de su impacto potencial. Segundo, la rehidratación oral es de uso limitado en el tratamiento de las diarreas crónicas y disentería y en la áreas del mundo donde estas dos entidades clínicas son responsables de una proporción considerable de mortalidad por diarrea, el impacto de TRD puede ser modesto. Tercero, se espera que la TRD tenga poco o ningún impacto sobre tasa de morbilidad por diarrea. Por lo tanto, es necesario contar con una estrategia en la cual la TRD sea sólo una de las varias intervenciones de control y que se implante simultáneamente con todas ellas de manera que se refuercen y complementen
sí." (91)

Hacia finales de 1983, 72 países contaban con programas definidos de control de las enfermedades diarréicas, de los cuales 52- estaban en plena operación. (92)

3.4 Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Diarréicas (PRECED)

En 1983, por acuerdo del entonces Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón Acevedo, se dió inicio al Programa Nacional de

* TRD = Terapia de Rehidratación Oral

Prevención y Control de las Enfermedades Diarréicas (PRECED)*, dependiente de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud. También se establecieron relaciones con otras instituciones de salud, así como con otras dependencias y diversos organismos internacionales como la OPS, AID, UNICEF y la OMS.

Una de las primeras acciones que se llevaron a cabo fue la elaboración de los lineamientos del Programa, a través de la creación de un Subgrupo Interinstitucional dependiente del Grupo de Mínimos de Atención a la Salud**. El Programa se presentó a las autoridades del Sector Salud a principios de 1984 y dio inicio en el mes de mayo del mismo año. (73)

El PRECED se propuso como objetivos los siguientes:

1. Contribuir a la disminución de la mortalidad general en niños menores de cinco años de edad.

* En enero de 1988, el programa PRECED pasa a denominarse PRECED IRA, al elaborarse el Programa Nacional (integrado) para el Control de las Enfermedades Diarréicas e Infecciones Respiratorias Agudas.

** Entre las acciones llevadas a cabo por este Subgrupo cabe señalar su colaboración en el diseño de mensajes de radio y televisión que se comenzaron a difundir en mayo de 1984 a nivel nacional, conjuntamente con el inicio de la operación del Programa.

2. Disminuir las tasas de mortalidad por diarrea en niños menores de cinco años de edad.
3. Proporcionar tratamiento oportuno y adecuado con terapia de hidratación oral (THO) a los niños menores de cinco años de edad con diarrea.
4. Disminuir la gravedad de la deshidratación y el número de pacientes que lleguen a los servicios hospitalarios." (94)

Además, este Programa se proponía como metas:

1. "Capacitar y adiestrar el 80% del Equipo de Salud del nivel de atención en la terapia de hidratación oral.
2. Proporcionar consulta integral, sobres e instrucciones a 11,624,913 niños menores de cinco años con diarrea, sin contraindicación para la terapia de hidratación oral.
3. Adiestrar en la terapia de hidratación oral al 100% de las madres de niños con diarrea que demanden atención médica." (95)

Dentro de los mecanismos y acciones de coordinación, este Programa señalaba la necesidad de la participación de otros grupos del Sector Salud, entre estos, la entonces Dirección General de Educación para la Salud, la cual colaboraría en la elaboración y producción de material auxiliar didáctico y

promocional que sirviera para la sensibilización y capacitación de la población.

Asimismo, dentro de los mecanismos y acciones de concertación e inducción se requería la participación, entre otras, instituciones* de la Secretaría de Gobernación, a fin de utilizar medios masivos de comunicación para informar y motivar a la población sobre el beneficio de la terapia de hidratación oral en diarreas y lograr cambios de actitudes y de prácticas en la misma.

El PRECED fue elaborado para llevarse a cabo en dos etapas. La primera iniciada en 1984, en la cual el objetivo fundamental era que el personal de salud, la población en general y las madres en particular, identificaran y utilizaran la hidratación oral como medida preventiva y terapéutica para disminuir la letalidad de las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años. Por otra, en la segunda etapa se continuaría con el programa, supervisando el desarrollo del mismo, a nivel Estatal y en cada una de las instituciones, con el fin de realizar los ajustes que fueran necesarios de acuerdo a los resultados de las evaluaciones realizadas. (96)

*Entre éstas, la Cámara Nacional de la Industria Químico-Farmacéutica, la ANUIES, la Asociación Mexicana de Hospitales, Secretaría de Industria y Comercio, Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, por mencionar algunas.

De esta manera, desde el punto de vista oficial, el PRECED quedó establecido como un programa "... en el cual todas las instituciones del Sector Salud están comprometidas, contempla la colaboración y participación de la comunidad; es un programa de carácter prioritario que contribuirá a la elevación del nivel de vida de la población y al desarrollo de una sociedad participaba." (97)

Como se ha podido observar, en el caso de México, el PRECED está basado fundamentalmente en la promoción de la terapia de hidratación oral como el mecanismo esencial para reducir la mortalidad por diarreas, pese a los señalamientos de la OMS en relación a la importancia de implementar otro tipo de intervenciones en forma paralela.

En cuanto a la terapia de hidratación oral en el país, ésta se comenzó a usar en los Altos de Jalisco durante los años de 1958 y 1959, por el Dr. Ceballos, el cual demostró que este procedimiento, además de sencillo y de bajo costo, abatía la mortalidad por deshidratación consecutiva a diarrea (98). En este estudio se utilizó la solución casera, preparada con azúcar y sal, la cual por su poca aceptación popular, fue sustituida posteriormente por sobrecitos conteniendo sacarosa, cloruro de sodio y de potasio, obteniéndose resultados satisfactorios. Sin embargo, este programa sólo se realizó de 1961 a 1964, quedando pendiente su extensión a toda la población abierta." (99)

Por otra parte, como ya señaló, desde la década de los setentas la OMS recomendó la utilización de una fórmula única que puede ser aplicada a cualquier edad y tipo de diarrea*. Actualmente estos sobres se están elaborando en México según la fórmula de la OMS y se emplean desde 1980 en diversas unidades médicas.

Entre las ventajas más importantes del uso de la terapia de hidratación oral se señalan su fácil aplicación por cualquier persona, su costo y complicaciones son inferiores a los de la hidratación endovenosa, y sobre todo se señala su supuesta penetración a los núcleos de población más alejados y carentes de acceso a los servicios médicos** (100)

Como hemos visto, el PRECED ha reconocido la THO como el método prioritario para la disminución de la mortalidad infantil

* La fórmula se presenta en sobre con envase hermético de aluminio para preservar las sales de la humedad. Los sobres tienen una duración mayor de un año si se guardan en un lugar seco y oscuro.

** Al respecto, resulta interesante la siguiente opinión de YSUNZA OGAZON, quien considera que pese a la universalmente conocida eficiencia de los sobres de sales de rehidratación oral, es "... muy difícil lograr una cobertura adecuada que permita satisfacer las exigencias reales que imponen las enfermedades diarreicas agudas, ante problemas operativos tales como la producción limitada, escasos recursos económicos, carencias tecnológicas de almacenamiento (sobre todo en condiciones climáticas extremas de países tropicales), distribución deficiente especialmente en países de gran extensión geográfica y/o con malas vías de comunicación." La solución casera para la rehidratación oral en comunidades rurales marginadas, p. 179.

por diarreas, por ello sus principales acciones se han concentrado básicamente en las labores de capacitación y promoción (102). Siendo así, las medidas, supuestamente preventivas, se ha convertido en el eje central de sus actividades, a tal grado que el 7 de julio de 1986 en el Diario Oficial de la Federación se publicó la Norma Técnica para la Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas.

En esta norma se reitera que "las enfermedades diarréicas obedecen a causas múltiples, principalmente de naturaleza infecciosa, son de carácter autolimitado, generalmente se adquieren por vía oral y se caracterizan por evacuaciones aumentadas en frecuencia y de consistencia disminuida." Además se señala que la prevención de estas enfermedades "se lleva a cabo a través de la educación y promoción para la salud, así como de la participación de la comunidad..." (103). Es decir, una vez más se dejan de lado las condiciones de vida de la población.

VI. CAMPAÑA NACIONAL DE HIDRATACION ORAL EN MEXICO 1988

6.1 Introducción

Como se ha podido ver en los capítulos anteriores, han sido diferentes factores de tipo económico, social y político los que han determinado las acciones del Estado mexicano en materia de salud.

Tomando en cuenta la problemática de morbimortalidad por diarreas en el país, el surgimiento del Estado Burocrático-Autoritario en México, la influencia de organismos como la OMS en las políticas nacionales de salud y la concepción dominante del proceso salud-enfermedad, podemos entender cómo en los últimos años la atención primaria de salud y dentro de ésta la educación para la salud y el uso de medios masivos de difusión han sido fuertemente impulsados como estrategia clave para la solución de los problemas de salud de la población.

En el caso concreto de la enfermedades diarreicas, como ya se señaló, el Estado mexicano en el sexenio pasado centró sus principales esfuerzos en la promoción de la terapia de rehidratación oral y para ello recurrió al empleo de medios masivos de comunicación instrumentando una campaña de difusión de

un nuevo sobre de sales hidratantes, misma que a continuación se describe.

6.2 Antecedentes sobre el empleo de medios masivos de comunicación en Campañas de Hidratación oral

Debido a la alta tasa de mortalidad infantil por deshidratación consecuente a diarrea (según la OMS 5 millones de niños al año en el mundo) en diversos países se ha implementado diferentes estrategias para hacer frente a este problema.

De esta manera encontramos que en los programas internacionales el manejo de la deshidratación está basado en tres acciones fundamentales: la primera consiste en nuevas formas y prácticas de tratamiento que combina la solución de rehidratación oral con alimentación y líquidos adicionales. La segunda se refiere al uso del suero a nivel del ama de casa para prevenir la deshidratación; y la tercera consiste en un sistema de distribución pública y privada de sobres de suero oral a través de farmacias, hospitales y centros de salud que aseguren la disponibilidad del producto al médico y al público.

De acuerdo con Williams Smith*, por su importancia resalta la segunda intervención, la cual ha determinado que los programas

* Academia para el Desarrollo Educativo, PRITECH/AID,USA

internacionales hayan incluido un aspecto de comunicación masiva con el fin de lograr dos metas fundamentales:

- 1) Mejorar el entendimiento del público sobre el uso del suero oral en casa, asegurando su empleo sin riesgo, e
- 2) incrementar la demanda del suero y de los servicios de salud de apoyo. (104)

Así sabemos que países como Honduras, Egipto, Swazilandia y Bangladesh (105), entre otros, han incorporado en sus programas, además de la comunicación cara a cara, el empleo de medios tales como radio y televisión, para combatir este problema de salud. De algunas de estas experiencias se han podido desprender una serie de conclusiones, entre las cuales nos interesa destacar las siguientes:

1. La Comunicación debe educar y no sólo promover
2. La comunicación debe estar basada en la investigación social.
3. La comunicación debe promover las normas de preparación y uso e incluir por lo menos: un logotipo llamativo, el uso de radio y televisión para educar y demostrar cómo mezclar el suero, el uso de materiales impresos para profesionales y la creación de un manual para el personal de salud.

También en estas experiencias se han detectado una serie de problemas:

1. Se han olvidado las personas que tienen influencia en la comunidad (médicos privados, farmacéuticos y curanderos).
2. Los mensajes ha sido en algunas ocasiones confusos, contradictorios y hasta errados, y
3. Los recursos han sido esporádicos e insuficientes.

Es importante señalar que gran parte de estos programas internacionales han contado con el apoyo de instituciones tales como la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), la organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cuales, como ya se ha señalado, han promovido una serie de políticas sanitarias encaminadas a mantener la concepción ecologista del proceso salud-enfermedad y a promover la participación de la comunidad como elemento clave para el desarrollo de acciones sanitarias.

6.3 Campañas de Hidratación Oral en México de 1982 a 1987

De acuerdo con el Plan Nacional de Salud 1984-1988, el gobierno mexicano estableció como una de sus metas disminuir la tasa de mortalidad infantil de 35.7 defunciones por mil nacidos vivos en 1981 a un nivel inferior de 30 defunciones para 1988. En el caso de la mortalidad por diarreas, la meta era disminuir la tasa de mortalidad de 47.4 en 1984 a 38 por cien mil habitantes para 1988. (106)

Para lograr tales metas, en 1984 la Dirección de Educación para la Salud se vincula al PRECED con el fin de alcanzar dos objetivos principales:

- 1) Lograr la participación de la población y la aceptación del sobre de sales de hidratación oral: electrólitos orales, e
- 2) incorporar el componente educativo en el programa y la difusión del mismo. (107)

Así, como una estrategia más del Programa Nacional de Hidratación Oral, Educación para la Salud comienza a implementar una serie de acciones educativas que contemplaban, entre otras actividades, la utilización de medios masivos para la difusión de mensajes educativos.

Consideramos conveniente aclarar que, debido a los cambios ocurridos en la Dirección de Educación para Salud durante el sexenio, se perdió gran parte de la información referente a la Campaña de Hidratación Oral durante los años 1982 -1987. Sin embargo, sabemos*, que dicha campaña contaba con el apoyo de la OPS y de UNICEF, y más que utilizar medios masivos de comunicación, estaba centrada primordialmente en la comunicación cara a cara con la población.

* Información proporcionada en entrevista con funcionaria de la Dirección General de Promoción de la Salud (antes Dirección de Educación para la Salud), el 10. de junio de 1989.

Pese a lo anterior, en la presente investigación dividiremos nuestra descripción en dos partes: 1) los reportes existentes sobre la campaña de 1982* a 1987, y 2) la campaña del nuevo sobre de hidratación oral (1988), que constituye el estudio de caso del presente trabajo.

Así, como antecedentes** cabe señalar en 1982, la campaña de hidratación oral difundió la versión "suero casero" (un spot de televisión de 30 segundos y tres de radio de igual duración), misma que fue transmitida del 16 de mayo al 27 de junio de ese año.

Para 1983, la campaña de rehidratación fue producida pero se canceló porque salió primero la campaña elaborada por el Seguro Social. Aunque al parecer, los mensajes de radio sí fueron difundidas (del 17 de mayo al 7 de julio), teniendo una cobertura nacional que incluía 16 radiodifusoras en el Distrito Federal y 318 en provincia.

* Abarcamos desde 1982 con el fin de cubrir todo el sexenio de Miguel de la Madrid, sin embargo recuérdese que el PRECED se inició hasta 1984 y ese mismo año se vincula a Educación para la Salud.

** Estos antecedentes están basados en su totalidad en las solicitudes de la Dirección General de Comunicación Social de la SSA a RTC, con el fin de usar los tiempos oficiales para la campaña de hidratación oral. (Archivos de la Dirección de Información de Comunicación Social de la SSA, Departamento de Medios, junio 1987).

En 1984 la Campaña de Hidratación Oral tuvo una vigencia del 3 de mayo al 4 de julio. En televisión se utilizaron los canales 2,4,5, 11 y 13 del D.F. y TRM (Televisión de la República Mexicana). En provincia fueron Guadalajara (canal 4), Ciudad Juárez (canal 5), Villahermosa (canal9), Durango (canal 10), León (canal 10), La Paz (canal 3), San Luis Potosi (canal 13), Hermosillo (canal 6), Monterrey (Canal 3), Acapulco (canal4), Tijuana (canal 12), Torreón (canal 2), Tepic (canal 2), Culiacán (canal 3) y Matamoros (canal 7). En el caso de la radio fue la misma vigencia y en la solicitud se pedía a RTC el mayor número de impactos al día.

Para 1985 la campaña del sobre de hidratación oral debería salir durante el trimestre de mayo a julio. Supuestamente eran 4 versiones del radio y 2 de televisión, de treinta segundos cada una. Comunicación Social, en su petición de tiempos oficiales ante RTC proponía que del 25 de abril a 5 de junio se transmitieran la versión no. 1 de televisión y las no. 1 y 2 de radio. Y de junio 6 a julio 17 (otras seis semanas), la versión no. 2 de televisión y la no. 3 y 4 de radio. Todo con cobertura nacional.

En el caso del año de 1986 la información disponible es bastante confusa puesto que hay cuatro solicitudes de tiempos oficiales que se contradicen tanto en el número de versiones de radio y televisión, como en la vigencia de la transmisión,

motivos por los cuales se decidió no incluir esa información en este trabajo.

Finalmente, en cuanto al año de 1987 no existe ningún tipo de información de los primeros ocho meses del año, y del 17 de agosto al 4 de diciembre, los informes semanales no registran ningún tipo de difusión en medios electrónicos. Sin embargo, por información proporcionada en entrevista con funcionaria de la Dirección de Educación para la Salud, sabemos que en ese año se comenzaron a difundir los mensajes de Cantinflas promocionando todavía el sobre anterior.

Como se puede observar, la información disponible sobre los planes de medios para esta campaña es bastante confusa e incompleta, y sobre todo, difícil de comprobar puesto que el acceso a la misma está restringido. Sin embargo, creemos que este hecho es bastante significativo en cuanto a la forma en como se llevan a cabo en nuestro país las campañas de educación para la salud a través de medios*.

* Se pretendía contrastar esta información con los reportes existentes en RTC. Sin embargo, RTC se negó a proporcionarlos alegando que gran parte de la información del sexenio 1982-1988 se perdió durante el terremoto y si existía alguna información ésta se encontraba en archivos muertos.

6.4 Campaña Nacional de Hidratación Oral en Diarreas en México 1988.

Sin duda alguna, la campaña de hidratación oral en diarreas más importante durante el sesenio pasado, fue la realizada durante 1988, aunque su planeación se inició en 1987.

El origen de esta campaña lo encontramos precisamente en el Programa de lucha contra las enfermedades Diarréicas (LED), "donde se considera que la tarea de difundir el uso de la terapia de hidratación oral, es la estrategia clave del programa de la Organización Mundial de la Salud." (108)

De esta manera, durante 1985 y parte de 1987 (ver cuando no, 12) y como antecedentes para la elaboración de la campaña, se llevaron a cabo dos estudios. El primero es la Encuesta Nacional sobre Práctica y Prevalencia de la Terapia de Rehidratación, realizada por la Dirección General de Epidemiología con el objetivo de "generar información suficiente para la determinación de las variables que permitan explicar la aceptación, rechazo y utilización de la terapia de hidratación oral en niños menores de cinco años". (109)

Entre los resultados más interesantes arrojados por la encuesta encontramos los siguientes:

- De 883 viviendas encuestadas*, 25,3% tenían pisos de tierra, 52.5% de cemento firme y 21.4% recubrimiento.
- 55% tenían agua entubada dentro de la vivienda, 17.1% fuera de la vivienda pero dentro del edificio, vecindad o terreno; hidratante el 2.3% y no disponían de agua entubada el 25.4%.
- En cuanto al drenaje, tenían red pública 46.2%, fosa séptica el 9.6% al suelo el 7.7% y sin drenaje el 34.2%.
- En relación a la disposición de excretas, tenían excusado con agua corriente el 53.0%, letrina el 9.6%, hoyo negro el 6.0%, y al suelo del 30.5%.**
- Entre las entrevistadas, conocían el suero oral el 71% y no lo conocían el 28.8%.
- Conocieron el sobre de suero oral por el médico el 40.8%, la televisión el 29.1% y el centro de salud el 8.6%.
- De 554 mujeres, en el último episodio diarreico, 180 administraron el suero oral y 224 no lo usaron.

* Fue una encuesta por muestreo de cobertura geográfica a nivel nacional.

** A estas condiciones de vida hay que agregar el hecho que los "episodios de diarrea contribuyen significativamente a la desnutrición y a la falta de ganancia en peso y altura, y al inversa, los niños malnutridos sufren episodios diarreicos más serios y más frecuentes." ISAZA. Pablo, "Programa de Control de Enfermedades Diarreicas a nivel mundial, regional y local", en Hidratación Oral en Diarreas, OPS/UNICEF/HIM, 1985.

- De las que no lo usaron, no lo usaron porque no lo tenían (49.3%), otras razones (21.1%), le recomendaron otra cosa (10.0%) y no lo conocían antes (7.7%).
- Las medidas adoptadas durante el último episodio diarreico fueron: acudir al médico o enfermera (38.9%), iniciar medicamentos (23.6%), iniciar líquidos (10.6%).
- Las medidas terapéuticas adoptadas fueron: uso de antidiarreicos con antibióticos (34.0%), otro (24.6%), uso del suero oral (24.3%) y antidiarreicos (23.0%).
- Por último, se encontró que los líquidos especiales o administrados en mayor cantidad durante el último periodo diarreico fueron: té, agua de arroz y ajele (76.2%), agua (31.9%), jugos naturales (23.9%), suero oral (23.2%) y solución casera (17.7%). (110) (Ver anexo no. 5).

El segundo estudio fue una Investigación en Mercadotecnia y Opinión Pública sobre el Programa de Rehidratación Oral en México que perseguía como objetivos:

- "conocer profundamente (sic) el comportamiento de los consumidores mediante un estudio de usos y hábitos, y
- desarrollar una orientación al consumir del producto suero oral". (111)

Esta investigación fue realizada por el Instituto de Mercadotecnia y Opinión Pública (IMOP) y ubicó que "el nombre de

"electrólitos PIN" y su falta de promoción, son las causantes principales de la disminución en su uso para la prevención de la deshidratación en las enfermedades diarreicas." (112)

Entre los resultados se encontró que: a) el 88%** de las encuestadas sabían de la existencia de los electrolitos orales; el 12% nunca habían escuchado el término y el 9% sabían que se usa para combatir la diarrea en infantes. b) Las comunidades identifican a los electrolitos orales como batería de automóvil, "algo de otro mundo" (113). c) La diarrea se considera como una enfermedad común y de poco riesgo. A pesar de eso, se da cuenta que puede causar la deshidratación y en ciertos casos la muerte. Y d) existente la tendencia a autoadministrar, tanto remedios tradicionales como medicamentos, entre los primeros está el té, agua de arroz y verbas, en los segundos, el kaspactate y enterovioforma.

Además se encontró que las principales usuarias eran las madres de menores de cinco años, de condición humilde en todo el país tanto en zonas urbanas, como rurales y semi-urbanas.

* Nombre anterior de los sobres hidratantes.

** Nótese que el estudio de la Dirección General de Epidemiología señala que el 71% de las entrevistas conocían el suero oral.

En base a lo anterior se propuso que la presentación del nuevo sobre incluyera a un niño alegre con un árbol de la vida (ver anexo no.4), ya que ésto "le da información al público analfabeta". Se propuso también que se le llamara "VIDA SUERO ORAL" y que se anexaran las indicaciones para la preparación y administración del suero en el sobre.

6.4.1. Convenio Secretaría de Salud-Agencia para el Desarrollo Internacional

De acuerdo con la Dirección de Educación para la Salud, la problemática epidemiológica nacional, los resultados obtenidos a través de los dos estudios antes mencionados y la falta de promoción de problemas de gran importancia para la salud de la población condujeron a la necesidad de contar con apoyo financiero que permitiera:

- a) "Incrementar, principalmente en la población maternal, la credibilidad sobre la importancia que guardan las sales para la preparación del suero oral y su aplicación en menores de cinco años que presenten diarrea.
- b) Dar especial énfasis en la gratuidad* de los sobres, las bondades y eficacia de las sales en hidratación oral.

* Cabe señalar que este punto provocó reacciones negativas por parte de la población ya que los mensajes manejaban el concepto de gratuidad sin aclarar que se refería únicamente a los Centros de Salud, IMSS e ISSTE, pero la población abierta debía comprarlos en tiendas CONASUPO o en farmacias. A partir de este año (1989) se hará el cambio necesario en los mismos mensajes de la Campaña de 1988. (Información proporcionada por la Dirección de Educación para la Salud).

- c) Simultáneamente difundir los principales signos y síntomas de la deshidratación, y
- d) Educar a las madres en cuanto a la preparación del suero oral y manejo adecuado en el niño con diarrea." (114)

Así el 22 de mayo de 1987 se firma un convenio de donación entre la Secretaria de Salud y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID)*, en el cual queda definida la Dirección de educación para la Salud como el órgano responsable de la Campaña Nacional Educativa, con el propósito de lanzar una nueva presentación del sobre de sales de hidratación, la producción en medios de comunicación masiva y la capacitación de recursos humanos del sector salud y promotores voluntarios. Todo esto

* La AID se encuentra bajo la dirección de la Agencia de Cooperación y Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. "La AID programa e implanta programas en ultramar que conducen a las condiciones sociales y económicas adecuadas para ayudar a erradicar las causas de descontento." " Los programas norteamericanos de ayuda al exterior encaminados hacia naciones en desarrollo se basan en su mayor parte en intereses económicos, políticos y humanitarios de los EEUU en el futuro de esas naciones. La forma como se resuelven los problemas sociales, económicos, políticos y militares de las naciones en desarrollo determinará generalmente los prospectos para un orden mundial estable estable y tranquilo, y a la larga surtirá efecto en la seguridad y bienestar económico de los EEUU." (FIELD MANUAL 100:20, Low Intensity Conflict, Department of the Army, Washington, D.C., 1980, p. 130-131 y 122). Además resulta interesante subrayar que la organización y responsabilidades relacionadas con la ayuda norteamericana al exterior se encuentra estructurada de la siguiente manera: 1o. Departamento de Estado, 2o. Sistema del Consejo de Seguridad Nacional, 3o. Agencia Central de Inteligencia, 4o. Agencia de Comunicaciones Internacionales de los EEUU, 5o. Agencia para el Desarrollo Internacional y 6o. Grupo Representativo de los EEUU en un país (ibidem, p. 128).

previo a un seminario nacional a un seminario nacional que definiera las normas para el manejo de la diarrea aguda a nivel nacional.

La donación de AID representó un monto de \$120,000,000.00 (115) y los objetivos del convenio fueron:

- Promover la participación de la comunidad en general, y de las madres en particular, en cuanto a la utilización de los sobres de hidratación oral en niños menores de cinco años que presenten diarreas, a fin de reducir la tasa de mortalidad por este padecimiento.
- Difundir a la población en general la información que permita adoptar hábitos, costumbres y medidas higiénicas para evitar las enfermedades diarréicas.
- Capacitar a médicos, enfermeras y promotores de salud para lograr homogeneidad en la aplicación del programa y otorgarles los instrumentos necesarios para que convengan a la población con la que están en contacto, de utilizar los nuevos sobres de hidratación oral.

Por último, es importante señalar que esta campaña contó también con el apoyo financiero de la Fundación Mexicana para la

Salud (FMS) (\$139,108,391.00), la cual funcionó como intermediaria entre la AID y la Secretaría de Salud*.

En cuanto a la estrategia para la campaña del nuevo sobre VIDA SUERO ORAL, ésta fue planeada para su realización en tres etapas. En la primera se buscó definir los contenidos técnicos, el diseño del nuevo sobre, el nombre del mismo y la organización y consecución del Seminario Nacional que definiera el nuevo sobre y proporcionara sugerencias para los materiales educativos.

Este Seminario-Taller se realizó en la Ciudad de México el 30 de junio y el 1o de julio de 1987, y fue organizado por la Subsecretaría de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Educación para la Salud (DES) y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID)**. Entre las conclusiones a que llegaron encontramos las siguientes:

- De acuerdo a las investigaciones realizadas, la presentación del sobre deberá considerar en su logotipo a un niño sonriente con un árbol de la vida y el nombre de las sales de hidratación como VIDA SUERO ORAL.

* Información proporcionada por funcionario de la Dirección General de Promoción de la Salud, el 1o. de junio de 1989.

**En este seminario participaron también IMSS, el ISSTE, el DIF, la Dirección General de Epidemiología, la OPS, CONASUPO-DICONSA y el IMOP. Este último como responsable del desarrollo de la investigación.

- La Dirección de Educación para la Salud elaborará el original mecánico del nuevo sobre, ejecutará el plan de medios, actualizará, editará y distribuirá la guía sobre terapia de hidratación oral para promotores de salud médicos y enfermeras. También será responsable del diseño e impresión del material gráfico para la promoción del nuevo sobre (tríptico, cartel, cartel despachador y rotafolios)*.
- Se consideró necesario capacitar al personal médico y paramédico a nivel institucional y vincularse en el trabajo directamente con la comunidad.
- Se atribuyó a CONASUPO a través de DICNSA (Distribuidora CONASUPO, S.A.) la distribución del nuevo sobre por conducto de sus 18,928 en todo el país.
- Se recomendó aceptar como uso oficial las siglas THO para identificar la terapia de hidratación oral.
- Por último, las investigaciones de IMOP y de la DGE se consideraron documentos básicos para orientar la campaña promocional de los nuevos sobres.

En la segunda etapa se realizó la producción de los nuevos sobres, los materiales educativos y los promocionales. También se capacitó a los recursos humanos del sector salud y a promotores voluntarios para que recibieran y transmitieran de manera

* Estas acciones con el apoyo financiero proporcionado por la AID. Aunque también se emplearon estos recursos en el Programa de Cine Rural

homogénea la THO.

Finalmente, en la tercera etapa se consideró la difusión del nuevo sobre en los medios de comunicación social y su distribución en la comunidad, utilizando los servicios de CONASUPO-DICONSA y la industria farmacéutica con el fin de aprovechar su infraestructura para distribuir el producto.

6.4.2 Estrategia de Comunicación Educativa de la Campaña de Promoción del Nuevo Sobre de Hidratación Oral*

Antes de entrar de lleno a la descripción y análisis de la campaña del sobre VIDA SUERO ORAL (1988), creemos conveniente aclarar que en el año de 1987, a pesar de estar ya firmado el convenio SSA-AID, se lanzaron al aire los mensajes de televisión con el personaje de Cantinflas promocionando todavía el sobre anterior. Esto debido a que por lo avanzado del año (el convenio se firma a finales de junio) estaba por terminar el periodo de incidencia de la gastroenteritis. Así estos mensajes salieron al

* Estrategia, si bien fue elaborada en junio de 1987, se aplicó parcialmente hasta abril de 1988. Además su carácter fue meramente propositivo, ya que finalmente es RTC la que determina el plan de medios, en base a las solicitudes que le hace la Dirección General de Comunicación Social de la SSA. (Información proporcionada por la Dirección General de Promoción de la Salud en junio de 1989).

aire en agosto y parte de septiembre de ese año y no se elaboró una estrategia especial para ese año*

De acuerdo con el Informe de Actividades de la Dirección de Educación para la salud de 1987, sabemos que en ese año se realizaron las siguientes actividades previas a la campaña de abril de 1988:

- Organización de un Seminario Internacional, en el que se discutieron los lineamientos, avances y adaptaciones prevalencientes a nivel mundial y se obtuvo el apoyo técnico y económico de la OPS, UNICEF, AID y otros organismos nacionales que permitieron realizar una serie de bocetos para llegar a la nueva presentación del sobre VIDA SUERO ORAL.
- Realización de una investigación mercadotécnica para conocer cuál sobre tenía mayor aceptación por parte del público**

Además se desarrollaron y diseñaron la serie de materiales que constituirían el paquete didáctico integral para la campaña de 1988 y que consistían en:

* Información proporcionada por funcionaria del Departamento de Vinculación a Medios de la Dirección General de Promoción de la Salud, junio 1989.

** En la Dirección General de Promoción de la Salud no existe información sobre esta investigación.

- Un modelo de educación para la salud a la población en prevención de la deshidratación por diarreas a través del empleo del sobre VIDA SUERO ORAL. Como complemento a éste, se adaptaron tres juegos populares: la Oca, Serpientes y Escaleras, y Rompecabezas con fines educativos (ver anexo no. 5)
- Diseño de un tríptico con información sobre el uso del nuevo sobre, síntomas de la deshidratación e indicaciones de cuándo acudir al médico.
- Un demostrador y un cartel
- Una fotonovela "Un caso de deshidratación", que es el primer número de la serie que se denominó "Decisiones en Salud".
- Un rotafolio elaborado por estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana, expertos de UNICEF, del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" y de Educación para la Salud.
- De los spots para radio y televisión ya difundidos, se hizo la adaptación del spot promocional de Cantinflas.

Por otra parte, además de la información anterior, en el Informe de Actividades realizadas por la Dirección de Educación para la Salud en apoyo al Programa Nacional PRECED 1984-1988, encontramos que también se realizaron en 1987 las siguientes actividades:

- Un audiovisual sobre rehidratación oral.
- Original mecánico del sobre VIDA SUERO ORAL (fotografías).

- Fotografías sobre hidratación oral.
- Un cuadernillo sobre Deshidratación Infantil* realizado junto con el Laboratorio Farmacéutico Lakeside. (Ver anexo No. 6)
- Programa de televisión sobre el tema, a través del Convenio CONASUPO-Televisa**.
- Díptico de rehidratación oral (boceto).
- Cartel despachador de sobres.
- Manual de educación para la Salud del promotor social voluntario, fascículos: no.3 Cuidados del Niño, no. 5 Diarrea, no. 13. Los alimentos y no. 14 Higiene de los Alimentos, aseo de la vivienda y aseo personal. Además se llevó a cabo un curso sobre el uso y manejo de este manual.

En este mismo documento se señala que en el caso del original mecánico del sobre, el tríptico, el cartel, despachador, la fotonovela y el rotafolio, se recibió apoyo financiero de la AID. Además agregan que se produjeron 200,000 sobres VIDA SUERO ORAL y que el presupuesto fue asignado por la UNICEF. El resto de los materiales fue producido con el presupuesto asignado por el gobierno federal a la Dirección de Educación para la Salud.

* En este informe se dice que fueron dos cuadernillos, el segundo sobre Fiebre Tifoidea. Sin embargo, éste último nunca se llegó a producir.

** En este convenio CONASUPO cuenta con un espacio en el programa "Vida Diaria", mismo que en ocasiones sede a Educación para la Salud

Una vez señalado lo anterior, nos aproximaremos al estudio de la Campaña del sobre VIDA SUERO ORAL haciendo su descripción de acuerdo con los documentos disponibles sobre la misma*.

En junio de 1987 se elabora la Estrategia de Comunicación Educativa en apoyo a la Campaña de promoción del nuevo sobre de hidratación oral, en la cual se propone tanto la utilización de medios masivos como la comunicación cara a cara a través del equipo de salud (médicos, enfermeras y promotores). También se señala que la prevención de la diarrea infecciosa aguda se lleva a cabo a través de la educación y promoción para la salud así como con la participación comunitaria, comprendiendo las siguientes medidas:

- 1) Informar a la población de la gastroenteritis como problema de salud pública.
- 2) Mantener la lactancia materna hasta los cuatro meses de edad, como alimento único y a partir de esta edad proporcionar alimentación con dieta complementaria.

* Nos referimos a los siguientes documentos: 1) Estrategia de Comunicación Educativa, Campaña de promoción del nuevo sobre de hidratación oral. Dirección de Educación para la Salud, junio 1987, mimeo. 2) "VIDA SUERO ORAL", Programa de Lanzamiento, preparado por Jorge E. Ferrer, Academia para el Desarrollo Educativo, mimeo, abril 1988. 3) Informe Técnico de los avances obtenidos en la ejecución del programa de Comunicación Educativa en apoyo a la Campaña Nacional de Hidratación Oral en Diarreas en México, Dirección de Educación para la Salud, mimeo, noviembre de 1988.

- 3) Mejorar el abasto de agua, el saneamiento básico y la higiene de los alimentos en el hogar y en los establecimientos públicos.
- 4) Utilización de agua potable para consumo humano.
- 5) Lavado de manos con agua y jabón antes de preparar y tomar alimentos y después de ir al baño, y
- 6) Disposición sanitaria de excretas.

Así, el objetivo general de la estrategia de comunicación era: "Brindar a la población información necesaria y adecuada sobre la gravedad que representa la deshidratación como complicación y causa de muerte por las enfermedades diarreicas, así como la importancia de la utilización del sobre de suero oral en la prevención y tratamiento de ésta". (116)

En cuanto a los objetivos específicos de la campaña, encontramos los siguientes:

- Promover la participación de la comunidad en general, y de la madres en particular, en cuanto a la utilización de los nuevos sobres de hidratación oral en niños menores de cinco años que presenten diarrea, a fin de reducir la mortalidad por esta enfermedad.
- Transmitir a las madres de familia los conocimientos indispensables para que identifiquen los síntomas de la

deshidratación y conozcan la manera más adecuada para la preparación y administración del suero oral.

- Difundir a la población en general la información que le permita adoptar hábitos, costumbres y medidas higiénicas para evitar las enfermedades diarreicas, y
- Capacitar al equipo de salud para homogeneizar conceptos y criterios sobre la TRD y proporcionarle los instrumentos necesarios para que realicen educación directa a la población.

Así, aún cuando señalan que las campañas de comunicación educativa se realizan en tres fases (sensibilización, motivación e inducción) ésta sólo se abocaría a la etapa de inducción por varias razones:

1. "Por lo avanzado del año está por terminar el período de incidencia de la gastroenteritis".
2. Existe la necesidad de dar a conocer de inmediato la nueva presentación del sobre del suero oral.*
3. Año con año la población ha sido sensibilizada y motivada para la utilización del sobre anterior**.
4. La atractiva presentación del nuevo sobre facilitará la aceptación del mismo en corto tiempo." (117)

* Recuérdese que esta estrategia se elaboró en junio de 1987.

** Aunque no se use, como lo demostraron los resultados de las investigaciones del IMOP y de la DGE.

Por otra parte, se debe señalar que las estrategias de comunicación son únicamente de carácter propositivo ya que, por una parte, RTC es la que proporciona los tiempos oficiales de difusión, y por la otra, los recursos económicos disponibles son importantes para la determinación de lo que se hace o no. De cualquier forma, consideramos interesante mencionar que esta propuesta de plan de medios incluía lo siguiente:

- Medios Masivos

a) Radio. Su uso se proponía en razón de su alta cobertura en las áreas rurales donde es grave la incidencia de la gastroenteritis. Señalaba la necesidad de solicitar a la Secretaría de Gobernación (RTC) la transmisión de mensajes en forma reiterada y en honorarios adecuados. También se pedía el empleo de las radiodifusoras de todo el país. En este renglón se propuso:

- Elaboración de dos promocionales para zonas rurales y dos para zonas urbanas (sports de 30 segundos).
- Utilización del convenio con la Cámara Nacional de la Industria de la Radio y la Televisión para transmitir el "Mensajero de la Salud". *

* En este convenio los mensajes se transmiten fuera del tiempo oficial, por medio de cápsulas radiofónicas de educación para la salud y mensajes con locutor en cabina y micrófono abierto en las 850 emisoras del país. Se calcula un impacto mensual de 300 mil mensajes, cubriendo inclusive zonas rurales.

- Realización de entrevistas en programas de radio de transmisión en vivo con la participación de especialistas del sector salud.*

b) Televisión. La estrategia señalaba que "Por la importancia de la campaña y el corto tiempo que estará al aire, deberá socilitarse a la Secretaría de Gobernación la participación de todas las televisoras del país, estatales y privadas, con el apoyo de todas sus repetidoras (cobertura nacional)" y se proponía:

- Elaborar dos spots de 30 segundos para zonas rurales y dos para zonas urbanas.
- Realización de entrevistas en programas de contenido social, cultural y de esparcimiento, así como la utilización del espacio semanal que la Secretaría de Salud tiene en los canales de IMEVISION con el nombre de "Ventana a la Salud".
- Se proponía, en base al convenio con la CIRT, hacen mención del nuevo sobre de hidratación oral en los cortes de estación.

c) Cine. "Considerando el cine como un medio masivo de alta receptividad ya que el público permanece cautivo, se considera

* Revisando los informes de agosto a diciembre de 1987 y de todo 1988 del Departamento de Medios de la Dirección de Comunicación Social de la SSA, no se encontró ninguna entrevista en radio.

muy necesaria su utilización para la difusión de la campaña"

(118). Así, se propuso:

- Cine minuto: Filmación de un documental de uno o dos minutos en el cual se brindarían los pormenores del nuevo sobre y se distribuirían en todas las salas cinematográficas dependientes de RTC.
- Cine Rural: Utilización de una compañía privada para que exhiba en 10,590 pueblos y rancherías, llegando a dos millones de personas por semana a través de exhibidores fijos y ambulantes, proyectado en 16 mm. (Ver programa de cine rural).

d) Prensa. En cuanto a este medio se sugería el empleo de reportajes con expertos, artículos varios, editoriales, boletines oficiales e inserciones en la mayoría de los periódicos del país.*

e) Medios de Apoyo. Se propuso la elaboración de carteles y volantes. Además se sugirió la creación de la Cédula IRD, con la cual se pretendía que, al igual que en el caso de la cartilla

* Al respecto, de acuerdo con la información obtenida la Dirección General de Comunicación Social de la SSA, del 17 de agosto al 4 de diciembre de 1987 se publicaron dos boletines de prensa en relación con la problemática de la diarrea. En 1988 (excepto el mes de diciembre para el que no hay datos disponibles) se publicaron únicamente cinco boletines de prensa en relación al mismo tema.

nacional de vacunación, por medio del registro civil el Sector Salud otorgara a todo niño registrado una "Cédula TRD" que fuera el primer contacto entre el responsable del infante con la terapia de rehidratación oral. Este proyecto no fue aprobado por falta de recursos.

f) Medios directos. En este punto la estrategia solamente señalaba que son "Los que se utilizan para la comunicación interpersonal e intermedia" (119)

q) Manuales. Se sugirió la actualización de dos guías: "Guía sobre la Terapia de Rehidratación Oral para médicos y enfermeras" y la "Guía sobre Terapia de Rehidratación Oral para promotores de Salud."

Finalmente, el 25 de abril de 1988 tiene inicio la Campaña Nacional de Hidratación Oral para promocionar el nuevo sobre VIDA SUERO ORAL. Para lanzar esta campaña se llevó a cabo una rueda de prensa (ese mismo día) en la cual participaron el Dr. Jesús Kumate, Subsecretario de Servicios de Salud; Dr. Pablo Isaza, representante de la OPS y la OMS en México; Dr. Jorge Jara, representante de de UNICEF y el Dr. Leopardo C. Ruiz, Director General del DIF.

Si bien el lanzamiento oficial de la campaña era el 25 de abril, realmente ésta comenzó a salir al aire con el nuevo

comercial de Cantinflas el día 14 del mismo mes*. De acuerdo con el Programa de Lanzamiento de la Campaña"... la situación de que los impactos fueran lanzados con anterioridad se debe a que la fecha original del lanzamiento fue primeramente para el 14, pero por motivos internos de la Secretaría de Salud se cambió al 25 y la Secretaría de Gobernación, que es la encargada de la coordinación con Televisa, ya no podía cambiar la pauta de tiempos en tan corto plazo." (120)

Además agregaban que "Hasta el momento desconocemos cuantos impactos diarios serán transmitidos en cada canal, su frecuencia y horarios, ésto se debe a que la información es clasificada por Gobernación y es difícil de conseguir, de cualquier manera, se intentará conseguir la pauta de tiempos y frecuencias a través del Dr. San Román** quien lleva buenas relaciones con las personas de Gobernación o a través de la empresa Televisa o Imevisión tan pronto como sea posible." (121)

En cuanto a la nueva campaña de radio, este mismo documento señalaba que fue detenida en razón de no contarse con el presupuesto para la producción de los 8 spots que originalmente

* De acuerdo con la información obtenida en el Departamento de Medios de la Dirección General de Comunicación Social de la SSA, la campaña del nuevo sobre estuvo al aire del 14 de abril al 20 de junio de 1988.

** Director en ese entonces de Educación para la Salud.

se habían pensado, pero que de cualquier manera se utilizarán los spots de la campaña anterior*.

Este fue el inicio de la Campaña Nacional de Hidratación Oral en 1988. Veamos ahora qué fue lo que se hizo:

Plan de Medios

Este plan consideró la promoción, producción y distribución de materiales audiovisuales e impresos, "en el entendido de que los materiales y apoyos didácticos tienen como propósito fundamental el de reforzar y facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje durante la capacitación, o bien, la promoción en Medios de Comunicación Masiva." (122)

a) Materiales Impresos

- Cartel promocional del sobre. Se diseñó, produjo y distribuyó un cartel sobre la nueva presentación de VIDA SUERO ORAL cuyo fin era promocional. El tiraje fue de 15,000 carteles** (Ver cuadro no. 13)

* Por información obtenida en el Departamento de Medios Audiovisuales de la Dirección General de Promoción de la Salud, sabemos que para esta campaña se utilizó el audio del spot de televisión para ser difundido a través de la radio (junio 1989).

** Respecto a las cantidades, en el Programa de Lanzamiento se señala que "...están pensadas en función de las necesidades del lanzamiento, en el transcurso del año será necesaria la producción de cantidades mayores, dependiendo de la demanda".

- Cartel despachador. Este cartel tenía como propósito contener los trípticos informativos. Su tiraje fue de 10,000 ejemplares.
- Trípticos. Estos trípticos contenían información sobre la forma de uso, mezcla y administración del sobre. La creatividad y diseño, incluyendo texto, boceto y eventual fueron responsabilidad de la Dirección de Educación para la Salud. Respecto al diseño señalan que "responde a la información para analfabetos y fue el único* que se aprobó en campo, con resultados satisfactorios" (123). El tiraje fue de 1,250, 000 trípticos (ver anexo an.7).
- Rotafolios. Se elaboraron 150 rotafolios con la ayuda del Hospital Infantil de México y de UNICEF, quienes aportaron el dinero para la producción de los mismos** (124). El propósito de los rotafolios era apoyar la capacitación y estaban integrados por once láminas de tela sobre enfermedades diarreicas, deshidratación e hidratación oral con el nuevo sobre, entre otros temas***.

* Si fue el único que se aprobó, no hubo con que comparar para demostrar que era el mejor.

** Sólo se entregó de uno a cuatro ejemplares por entidad federativa.

*** Cabe subrayar que el Informe técnico señala un tiraje de 300 rotafolios, mientras que el Programa de Lanzamiento sólo 150. Esta última cantidad fue corroborada en entrevista con funcionaria de la Dirección General de Promoción de la Salud, el 14 de junio de 1989.

- Fotonovela. Esta fue elaborada con una pequeña historia de un caso típico de diarrea en zona rural (ver anexo no. 8). En cuanto a su elaboración, también encontramos que hay información contradictoria. Por una parte el Programa de Lanzamiento señala que la Universidad Iberoamericana, junto con la Dirección de Educación para la Salud, la diseñaron y elaboraron, mientras que en la misma fotonovela se dice que fue elaborada por la DES con base en el proyecto de los alumnos de Diseño Gráfico de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, con la asesoría de la UNICEF y con la participación técnica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". El tiraje de "Un caso de deshidratación" fue de 15, 000 ejemplares.
- Guía sobre la terapia de hidratación oral por el promotor de la salud. Con un tiraje de 9.500 de ejemplares, esta guía tuvo como propósito apoyar las acciones educativas del promotor en la comunidad.

Finalmente cabe subrayar que la distribución de los materiales impresos fue hecha porcentualmente en provincia tomando en cuenta las características poblacionales, el número de jurisdicciones sanitarias y la cantidad de unidades de atención en cada Estado (Ver cuadro no. 14).

b) Materiales Audiovisuales

A pesar de que el Informe Técnico señala que "... se diseñaron, elaboraron y produjeron dos spots para radio y dos para televisión, de 30 segundos de duración con la presentación del VIDA SUERO ORAL" (125), únicamente fue adaptado el mensaje del año anterior (1987) con la información del nuevo sobre y ese mismo audio fue empleado para ser difundido en radio.

El mensaje de televisión fue hecho en dibujos animados y utiliza al personaje Cantinflas debido a que "... maneja un lenguaje accesible a toda la población." (126)

En cuanto a la vigencia de la campaña a través de radio y televisión, ésta abarcó del 14 de abril al 29 de mayo de 1988, con una cobertura nacional. En el caso de la televisión se utilizaron 6 canales del Distrito Federal y 53 de provincia; y en el de radio, 55 radiodifusoras en el Distrito Federal y 86 en provincia.

Al respecto resulta significativo destacar lo que nos dice el Informe Técnico de la campaña:

"transmisión de 3 impactos en televisión por día en cada canal, lo que significa un total de 3, 528 impactos en el D.F. (29.4 horas de difusión) y 34,104 impactos en provincia (284.2 horas de difusión) (1987-1988).

Transmisión de 10 impactos por estación de radio por día, lo que significa 107,800 impactos para el Distrito Federal en 898 horas de difusión, y en provincia el total de 1,685,600 impactos en 14,046 horas de difusión (1987-1988)".

Si revisamos el reporte semanal de actividades "Fases de Campañas" del Departamento de Medios de la Dirección General de Comunicación Social de la SSA (del 10. al 30 de abril de 1988) encontramos la siguiente información:

- La fecha de solicitud de transmisión se hizo el 28 de marzo de 1988.
- La fecha de producción y la de post-producción es también el 28 de marzo (lo cual se explica por el hecho de que Comunicación Social no produjo un nuevo spot, sino que sólo se adaptó a cargo de un particular).
- El envío se hizo el 13 de abril.
- La fecha de difusión tanto en provincia como en el D.F. abarcó del 14 de abril al 20 de junio de 1988 (lo que equivale -según Comunicación Social- a 98 días de difusión tanto en el D.F. como en el interior del país).
- El número de impactos en televisión fue de 3 diarios, lo que, durante el período de difusión, da un total de 1,764 impactos en el D.F. y 17,052 en provincia. Así, el total de

horas de difusión de televisión en el D.F. fue de 14.7 y en provincia de 142.1.

- En el caso de la radio, los impactos diarios por estación eran 10 en el D.F. y 10 en provincia. Así, el total de impactos durante el periodo de difusión fue de 53,900 en el D.F. y 842,800 en provincia. El total de horas de difusión en el D.F. fue de 449 y de 7.023 en el interior de país (Ver cuadro no. 15)
- Por otra parte, cabe señalar que el Informe Técnico abarca los años 1987 y 1988, lo cual resulta falso, ya que la campaña del nuevo sobre sólo abarcó 1988; como ya se dijo, del 14 de abril al 20 de junio, o sea, 2 meses con 6 días.

Sin embargo, si hacemos los cálculos en base a los 68 días* de transmisión, el número de impactos diarios y el número de radio difusoras y canales de televisión, encontramos los siguientes resultados:

- En el D.F. los impactos en televisión fueron 1,224 y en provincia fueron 11,832. Esto equivale, en el D.F. a 10.2 horas de difusión; y en provincia, 98.6 horas.
- En el caso de la radio, en el D.F. fueron 37,400 impactos y en el interior, 584,000 impactos. Esto significa, en el D.F.

* Nótese que Comunicación Social señala 98 días. Pero si las cuentas no fallan, tomando en cuenta la vigencia de la campaña serían: 17 días de abril (del 14 al 30) + 31 días de mayo + 20 días de junio = 68 días de difusión

y en el interior, 584,000 impactos. Esto significa, en el D.F., 311.66 horas, y en provincia, 4,873.3 horas de difusión.

En la siguiente tabla podemos observar la variación de datos:

INFORME TECNICO*
DE LA CAMPAÑA

DEPTO. DE MEDIOS
DIR. ** GENERAL
DE COMUNICACION
SOCIAL SSA

CALCULOS**
PERSONALES***

Impactos totales de TV en el D.F.	3,528.0	1,764.0	1,224.0
Impactos totales de TV en provincia	34,104.0	17,052.0	11,832.0
Total de horas de difusión en TV en el D.F.	29.4	14.7	10.2
Total de horas de difusión en TV en provincia	204.2	142.1	98.6
Impactos totales en radio en el D.F.	107,800.0	53,900.0	37,400.0
Impactos totales en radio en provincia	1,685,600.0	842,800.0	584,800.0
Total de horas de difusión en radio en el D.F.	898.0	449.0	311.66
Total de horas de difusión en radio en provincia	14,046.0	7,023.0	4,872.3

* Consideran 1987 y 1988. Si bien en 1987 se hicieron los preparativos para la campaña del nuevo sobre y en ese año sí hubo campaña en los medios, realmente la campaña VIDA SUEÑO ORAL sólo abarcó de abril a junio de 1988.

** En esas dos columnas estamos considerando sólo 1988.

*** Hay una diferencia de 30.62% con respecto a los datos de Comunicación Social, y de 65.31% en relación al Informe.

Por esta parte el Informe Técnico también menciona que se consiguió promocionar esta campaña en la radio, a través "... de los comentarios de los principales noticieros de México, en todos y cada uno de sus diferentes horarios de transmisión" (127). También señala que se aprovecharon programas televisivos de cobertura nacional e internacional, y se contó con el apoyo de Consejo Nacional de Población (CONAPO) para la utilización de su tiempos en entrevistas.

Al respecto, revisando los informes mensuales de Comunicación Social de la SSA en 1988, vemos que aparte de los spots de la campaña, algunos boletines de prensa y la rueda de prensa de abril de 1988, en radio y televisión no se registró ninguno de los eventos que se mencionan*

Por último como una acción de concertación con los Laboratorios Lakeside, se apoyó el programa con la elaboración y producción de los cuadernillos "Deshidratación Infantil". Estos contienen información relativa a las diarreas en forma de caricatura y en blanco y negro, ya que "... la acción que se busca es que los niños eliminen los cartones y que de esta manera aprendan acerca de las diarreas, su sintomatología, peligrosidad

* Debido a que Educación para la Salud no lleva a cabo monitoreos ni evaluaciones de sus campañas, tuvimos que basarnos en los reportes de los monitoreos que Comunicación Social de la SSA hace en todos los medios, corriendo los riesgos de inexactitud que esta acción implica.

y su tratamiento a través del nuevo sobre de Hidratación oral*." (128)

Finalmente, en el Informe de Actividades referente a 1988, se señala que en el caso de la Guía de Terapia de Hidratación Oral para el promotor de salud se recibió apoyo financiero de la AID (\$8,000,000.00). En cuanto al programa de cine rural que veremos en el siguiente apartado, se dice que la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FMS) apoyó con \$139,108,391.00, y el Gobierno Federal proporcionó igual cantidad. (129)

4.4.3 Programa de Cine Rural

Uno de los aspectos más interesantes de la Campaña Nacional de Hidratación Oral 1988 fue el empleo de cine rural, para dirigirse a áreas rurales y semi-rurales o semi-urbanas en todo el país**.

Los objetivos que se proponían alcanzar a través de este Programa fueron:

* De acuerdo con informes proporcionados en la Dirección General de Promoción de la Salud, tales cuadernillos, en un primer momento, fueron impresos por Lakeside sin autorización de la DES y manejando la información que ellos consideraron conveniente. Esta impresión se detuvo y fue revisada varias veces hasta quedar como está.

** PUBLICISA, la encargada de la producción del mensaje y su exhibición, considera Área semirural la que tiene entre 10,000 y 50,000 habitantes, y área rural, entre mil y 10,000 habitantes.

- "Promover la participación de la comunidad en general, y de las madres en particular, de las zonas rurales y semiurbanas del país, en cuanto a la utilización adecuada de los nuevos sobres VIDA SUERO ORAL en niños menores de cinco años que presenten diarreas, a fin de reducir la tasa de mortalidad por este padecimiento.
- Transmitir a través del cine rural a las madres de familia, los conocimientos tempranos y tardíos de la deshidratación y conocer la manera más adecuada para la preparación del suero oral y la terapia para que se administrado.
- Difundir a la población en general, por medio del cine de las zonas rurales y semiurbanas del país, la información que le permita adoptar hábitos, costumbres y medidas higiénicas para evitar las enfermedades diarréicas." (130)

En cuanto a la justificación de por qué usar cine rural se menciona la problemática de salud en estas zonas, su carencia de acceso a servicios de salud y el hecho de que el cine permite mantener cautiva a la población.

Por otra parte, el Programa de cine rural fue planeado para llevarse a cabo también en tres etapas. La primera de éstas consistió en la definición de contenidos, diseño, adaptación y producción del guión técnico del mensaje.

Para llevar a cabo la producción y exhibición del mensaje se contrató a la empresa "Publicidad en Cines. S.A. de C.V." (PUBLICISA). Esta produjo un mensaje de cine con duración de dos minutos 10 segundos*, en base al guión elaborado por la Dirección de Educación para la Salud. La producción se hizo en 35mm y después se pasó a 16mm. El costo de producción fue de \$4,500,000.00, conservando los precios de 1987, que fue el año en el cual se hizo la planeación de cine rural, pero se aprobó hasta 1988.

Además esta primera etapa incluyó la reproducción del mensaje (copias) en las siguientes cantidades: 654 copias en 35mm para los cines de zonas semiurbanas, con un costo de \$36,000.00 cada copias, dando un total de \$23,544,000.00. Y 2,471 copias en 16 mm para los cines de zonas rurales, con un costo de \$15,000.00 cada copia, dando un total de \$37,065,000.00**.

De acuerdo con la Dirección de Educación para la Salud fueron 654 cines de zonas semiurbanas o semirurales, y se visitaron 10,590 pueblos y rancherías. En el caso del cine semirural las exhibiciones del mensaje eran diarias, antes de

* El Informe Técnico de la Dirección de Educación para la Salud señala que tuvo una duración de un minuto con treinta segundos (p.28), pero haciendo una medición del mensaje éste realmente dura 1 minuto 16 segundos.

** Información proporcionada por PUBLICISA, el 21 de junio de 1989.

cada función. En estas zonas si existen salas fijas, en donde se proyecta en 35 mm. Mientras que en las zonas rurales, no hay una sala de proyección, por tanto se tiene que recurrir a escuelas, iglesias o casas donde se pueda exhibir la película. Por lo general no hay pantalla. En el cine rural, las exhibiciones fueron un día a la semana, antes de la película "fuerte**".

En ambos casos, de acuerdo con PUBLICISTA, para garantizar que el mensaje de salud fuera exhibido, éste iba pegado a la película que se iba a pasar**.

En la segunda etapa del Programa de cine rural se incluyó la distribución de las copias a todos los cines que participaron en el proyecto. Al respecto, el Informe Técnico de la DES señala que "... se consideró la exhibición del documental durante 26 semanas en cada una de las salas, fijas y móviles" (131). Por su parte, PUBLICISTA (132) informó que el mensaje comenzó a exhibirse el 8

* Es importante señalar que los exhibidores de las películas cobran entre \$1,000.00 y \$1,500.00 en área semiurbana y entre \$800.00 y \$500.00 en área rural por persona para ver la película (información proporcionada por PUBLICISTA).

** Aquí cabe preguntarse si los exhibidores (durante 26 y 17 semanas) pasaron la misma película o si ellos mismos se encargan de pegar el mensaje cuando cambian la película por exhibir. Además si en las zonas rurales no hay salas fijas, resulta difícil de terminar si se hizo o no la exhibición.

de agosto de 1988* y que fueron 26 semanas de exhibición en el caso de Área rural y 17 semanas en Área semirural. En relación al Área rural, en total fueron 2,118,000 espectadores promedio por semana, lo que dió un total de 55,068,000 espectadores en 26 semanas. En cuanto al Área semiurbana, era un promedio semanal de 3,722,800 espectadores, lo que da un total de 63,287,600 espectadores en 17 semanas** (133).

Finalmente, el Informe Técnico dice que la tercera etapa "consideró seguimiento y monitoreo del proyecto de cine rural, a fin de identificar número de audiencia y de impactos semanales y mensuales, así como las entidades federativas en que se exhibió con el objeto de detectar desviaciones y retroalimentar el proceso informativo, de conformidad con las necesidades regionales del país" (134).

* Si revisamos los periodos de vigencia para la difusión de las campañas de hidratación oral durante el sexenio, vemos que, por lo general, abarcan de mayor a julio, de acuerdo con la época de mayor incidencia de la enfermedad. Por tanto, la difusión de cine rural se hizo extemporáneamente.

** Estos datos fueron calculados en base a los promedios semanales de espectadores en las poblaciones a las que se llega en cada Estado de la República. Lo cual implica suponer que cada semana asistieron el total promedio de espectadores y que además volvieron a asistir durante las 16 y 25 semanas que duró la exhibición.

Y efectivamente esta etapa sólo lo considero, ya que en ningún momento se llevó a cabo ni monitoreo ni evaluación de este programa*.

6.4.4 Capacitación

Sabemos que dentro de las actividades de Educación para la Salud en apoyo al programa PRECED, se llevaron a cabo diferentes acciones de capacitación que abarcan de junio 1987 a septiembre de 1988. A estas actividades asistieron integrantes de equipos de salud y promotores voluntarios, dando un total de 575 personas capacitadas en los siguientes eventos**:

- Seminario-taller de los nuevos sobres de la Terapia Hidratación Oral, llevado a cabo en la Ciudad de México (junio-julio, 1987). Tuvo como propósito definir los lineamientos normativos, el nombre del nuevo sobre y los materiales necesarios para la promoción y campaña educativa.
- En agosto del mismo año se llevó a cabo el curso "Educación para la salud y sus diferentes perspectivas en los Programas de Salud". Este tuvo lugar en la Secretaría de Salud del

* Al respecto un funcionario de la Dirección General de Promoción de la Salud informó que como no hay evaluación de este programa, no tienen manera de demostrar a AID los resultados, pero que en este sentido (1989-1994) le van a solicitar otra vez ayuda (información obtenida el 16. de junio de 1989).

** En estas acciones el Informe incluye la conferencia de prensa con la que se dió inicio a la Campaña de 1988, en la cual se dice que se desarrolló el tema "Las enfermedades diarreicas en México".

- Estado de Tlaxcala y en él se desarrolló el tema "Importancia y trascendencia del Programa de Hidratación Oral".
- En enero y marzo de 1988 se llevó a cabo el curso "Educación para la salud, uso y manejo del Manual del Promotor Voluntario", en el Centro de Desarrollo Comunitario "Josefa Ortíz de Domínguez" (DIF).
 - Los días 14 y 15 de abril del mismo año, también en la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala se realizó el curso "Actualización y Educación para Salud".
 - El 12 y 13 de mayo se realizó en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, el curso "Actualización en Educación para la Salud" en el que se discutió el tema de las diarreas.
 - El 10. de junio, en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", se llevó a cabo el Curso Latinoamericano sobre Avances de los Programas de Control de Enfermedades Diarréicas. En éste se desarrolló el tema "La comunicación y la educación para la salud en la Difusión de Conocimientos sobre el tratamiento y prevención de diarreas".
 - En septiembre 21 y 22), en los Servicios Coordinados de Salud Pública de San Luis Potosí, se realizó el curso "Actualización en Educación para Salud" y se desarrolló el tema de las diarreas.
 - Finalmente, en octubre y noviembre de 1988, se capacitó a las promotoras voluntarias del DIF a través del curso "Uso y manejo del manual de Promotor Social Voluntario". En éste se

tocaron temas tales como: Cuidados del niños, Diarreas, Higiene de la Vivienda, El medio, Personas y Alimentos. (135)

6.4.5 Recursos Financieros ejercidos para la Campaña Nacional de Hidratación Oral en Diarreas 1988

La justificación de incluir este último apartado la encontramos en la necesidad de conocer, por lo menos de manera aproximada, los recursos económicos que se destinan a este tipo de acciones educativas, con el fin de intentar establecer cuál es la relación costo-efectividad de las mismas. Deseamos aclarar que la información aquí vertida ha sido tomada en su totalidad de Informe Técnico sobre los avances obtenidos en la Ejecución del Programa de Comunicación Educativa en apoyo a la Campaña Nacional de Hidratación Oral en Diarreas en México (noviembre 1988):

ACTIVIDAD	PRODUCCION	IMPORTE
<p>Producción de negativos del original mecánico del sobre VIDA SUERO ORAL, para ser empleado en la reproducción de cartelos y trípticos que apoyaron la Campaña</p>	-	<p>\$256,220.00, amparados por las facturas # 1105 y 1108 con fecha del 12 de agosto de 1987.</p>
<p>Diseño y elaboración del original mecánico de la nueva presentación de los sobres de sales hidratantes VIDA SUERO ORAL.</p>	<p>Casa Bernstein, S.A.</p>	<p>\$207,153.72, amparado por las facturas #266016, 22891, 4435, 4436, 4437, 21824, 229225, 086837, 7296, dos sin número y 16 de Casa Bernstein, S.A., con fecha de 1987.</p>
<p>Creatividad y diseño de 16 viñetas que fueron incluidas en el tríptico informativo sobre la THO</p>	-	<p>\$541,190.00, amparado por la factura #21818 del 17 de octubre de 1987.</p>
<p>Fotografías que integran el diaporama para el apoyo de los cursos relacionados con la THO. Estas fotografías sirvieron también para la elaboración de la fotonovela Decisiones en Salud: Un caso de</p>	<p>Foto Medellín</p>	<p>\$303,649.00, amparado para las facturas #4096,073, 30802 y una sin número de Foto Medellín, con fecha del 9 de diciembre de 1987.</p>

Deshidratación,
cuya impresión
corrió a cargo de
la Secretaría de
Salud, al igual
que la
reproducción del
diaporama para las
31 entidades
federativas.

Diseño y
elaboración del
original mecánico
del rotafolio de
Hidratación Oral*

Creatividad y
diseño con texto,
bocetos y original
del cartel
despachador para
la promoción de
los nuevos sobre
VIDA SUERO ORAL

Creatividad,
diseño y
elaboración del
texto, boceto y
original del
cartel para la
promoción del
sobre VIDA SUERO
ORAL

Creatividad y
diseño del texto,
boceto y original
del folleto
tríptico de la THO

Impresión de
15,000
carteles para la
promoción del
sobre VIDA SUERO

Arte y Material,
S.A.

\$191,575.00
amparado por las
facturas #1893,
26054, 6848 y dos
sin número de Arte
y Material, S.A.,
con fecha 10
diciembre de 1987.

- \$216,476.00,
amparado por la
factura #22018 con
fecha 15 de enero.

- \$351,774.00,
amparado por la
factura #22017 con
fecha del 15 de
enero de 1988.

- \$351,773.00,
amparado por la
factura #22016 con
fecha 15 de enero
de 1988.

- \$5,780,000.00
amparado por el
oficio #0245
(elemento 4),
cotizado el 20 de

ORAL que incluye sales hidratantes

Reproducción de una fotocopia al tamaño carta del original mecánico del cartel alusivo sobre VIDA SUERO ORAL.

Impresión de carteles relacionados a la nueva presentación de las sales para hidratación oral

Impresión de carteles despachadores relacionados a la nueva presentación de las sales para hidratación oral.

Impresión de 10,000 carteles despachadores para la promoción del sobre VIDA SUERO ORAL que incluye sales hidratantes

Impresión de 1,250,000 trípticos sobre la THO

enero y 23 de febrero de 1988

\$5,152.00 amparado por la factura #100752 con fecha del 25 de febrero de 1988.

Offset y Diseño.
S.A. de C. V.

\$ 2,500,000.00, amparado por el oficio #0245 del 25 de febrero de 1988. Recibo de offset y Diseño, S.A. de C.V., del 2 de marzo de 1988.

Editorial Diado.
S.A.

\$2,500,000.00, amparado por un recibo de Diado, S.A. del 2 de marzo de 1988.

Editorial Diado.
S.A.

\$ 3,185,750.00 cotizado por Editorial Diado, S.A. el 2 de marzo de 1988.

Editorial Diado.
S.A.

\$37,971,875.00 cotizado por Editorial Diado, S.A. el 2 de marzo de 1988

Impresión de 10,000 carteles despachadores para la promoción del sobre VIDA SUERO ORAL que incluye sales hidratantes \$5,686,750.00
apareado por la factura #1378 del 2 de marzo de 1988

Impresión de 1.250.000 tripticos sobre la IHO \$41,471,875.00
apareado por la factura #1379 con fecha del 2 de marzo de 1988

Diseño y creatividad de diversos materiales gráficos e impresos para apoyo y continuación de las campañas de hidratación oral nuevo sobre VIDA SUERO ORAL. \$2,311,500.00
apareado por la factura # 22117 con fecha del 3 de marzo de 1988

Impresión de tripticos informativos sobre la IHO que serán colocados en los carteles despachadores Editorial Diado, S.A. \$3,500,000.00
apareado por el recibo de Diado, S.A. del 4 de marzo de 1988.

Adaptación del mensaje de 30 segundos de televisión con la nueva presentación de sales para hidratación oral Honorarios profesionales a nombre del C. Leandro de Gante Pérez \$ 2,000,000.00
apareado por el recibo de honorarios profesionales #40 del C. Leandro de Gante Pérez, con fecha del 12 de abril de 1988

Programa de Cine Rural. Filmación del documental sobre hidratación oral en diarreas PUBLICISA \$ 4,500,000.00

Reproducción de 654 copias en 35 mm para ser proyectadas en igual número de cines en zonas semi urbanas	PUBLICISA	\$23,544,000.00
Reproducción de 2,471 copias en 16 mm para ser proyectadas (en cines móviles) en 10,590 pueblos y rancherías (zonas rurales)	PUBLICISA	\$37,065,000.00
Exhibición del documental en 35mm durante 26 semanas en los 654 cines de las zonas semiurbanas**	PUBLICISA	\$143,956,800.00
Exhibición en los 10,590 pueblos y rancherías del documental en 16mm durante 26 semanas	PUBLICISA	1242,702,949.00 más IVA de \$36,405,442.35 sumando en total 279,108,391.35, amparado en la factura 10905 con fecha del 7 de julio de 1988.***
	COSTO TOTAL DE LA CAMPAÑA:	4597,507,904.37

- * Se contrataron servicios particulares aún cuando Comunicación Social de la SSA cuenta con equipo de producción.
- ** Estos datos son inexactos, ya que en zonas semiurbanas fueron sólo 17 semanas de exhibición.
- *** Esta cifra fue solventada en un 50% por el presupuesto federal asignado a la Secretaría de Salud.

Como se puede observar, la mayor parte de estos recursos fueron para el Programa de Cine Rural, el cual implicó una

inversión de \$488,174,191.35, los cuales sumados a los \$2,000,000.00 del spot de televisión, dan un total de \$490,174,191.35, que representan el 82% del total de los recursos invertidos. Al respecto, el informe señala que la Secretaría de Salud logró mayores alcances en el desarrollo del programa, gracias a los apoyos financieros de diversos organismos internacionales y nacionales (ya mencionados). Esto significó que "...el ejercicio efectuado por el Gobierno de México, a través de la SSA, y que asciende a la cantidad de \$247,575,587.00 se vio complementado con las aportaciones realizadas por la Fundación Mexicana para la Salud y la Agencia para el Desarrollo Internacional" (136).

CAPITULO VII

ANALISIS DE CONTENIDO DE LOS MENSAJES DE CINE Y TELEVISION DE LA CAMPAÑA*

7.1. Introducción.

Antes de iniciar este capítulo queremos dejar asentado que el análisis de contenido que se realizó de los dos únicos mensajes audiovisuales que se produjeron para esta campaña no debe ser considerado como un objetivo en si mismo dentro de la presente investigación. Haberlo hecho obedece a la necesidad de complementar y apoyar la comprobación de las hipótesis que nos hemos planteado.

Si bien la campaña incluyó también el empleo de materiales impresos, como ya se señaló, únicamente nos abocaremos a los mensajes audiovisuales por el nivel de su difusión y por ser los materiales que absorbieron la mayor parte de los recursos financieros destinados a la campaña.

También deseamos aclarar que para fines operativos se realizaron dos análisis: uno sobre el guión literario y otro sobre las imágenes, tratando de conjuntarlos al final con el fin de poder establecer algunas conclusiones.

* Para llevarlo a cabo nos estamos basando en la metodología propuesta por Albert Kientz en su libro Para analizar los Mass Media. Tr. Mercedes Lazo, Fernando Torres, Editor, Valencia, 1974.

Así, en las siguientes páginas se presenta el análisis de contenido realizado, recordando una vez más su carácter de herramienta analítica dentro de la investigación global.

7.2. Objetivo del Análisis.

Comparar el contenido manifiesto del mensaje de televisión y el del cine rural con los objetivos que se plantearon en la campaña en relación a que la información debería estar enfocada a:

- "Informar a la población de la deshidratación como complicación grave y fatal de la gastroenteritis.
- Difundir los signos y síntomas de la deshidratación.
- Enfatizar la importancia del uso del suero oral en la prevención y tratamiento de la deshidratación.
- Reforzar la técnica de preparación del suero oral así como la forma de administrarlo.
- Insistir en la importancia de no suspender la alimentación normal así como la lactancia materna durante la terapia de hidratación oral.
- Difundir las medidas higiénicas para evitar las enfermedades diarreicas.

- Resaltar que los sobres de suero oral se proporcionan gratuitamente en las instituciones del Sector Salud y que tienen nueva presentación".

7.3. Hipótesis.

Pese a los objetivos que se plantearon en el manejo de la información, los dos mensajes audiovisuales elaborados para la Campaña Nacional del Nuevo Sobre no logran cumplir tales objetivos debido a una subutilización de los recursos disponibles (audio, video, duración, etc.).

7.4. Corpus.

El corpus del análisis está integrado por un spot de televisión de 18 segundos de duración y un mensaje de cine rural de un minuto 16 segundos, elaborados para promocionar el uso del nuevo sobre de hidratación oral llamado VIDA SUERO ORAL.

7.5. Categorías y Unidades de Análisis.

En el caso del spot de televisión, las unidades de análisis, por lo corto del mensaje, están integradas por las oraciones, entendiendo por oración la expresión de una idea completa, separada de otra por el uso del punto (.) (ver anexo no. 9 del guión literario tal como se dividió para este análisis).

* Secretaría de Salud. Dirección de Educación para la Salud. Estrategia de Comunicación Educativa. Campaña de Promoción del Nuevo Sobre de Hidratación Oral. junio 1987, mimeo, p. 8-9

En el mensaje de cine se eligieron como unidades de análisis las "líneas" que dice cada uno de los personajes a lo largo del diálogo. Por "línea" estamos entendiendo aquella oración o conjunto de oraciones que dice un personaje dentro de un diálogo y que es causa o efecto de lo que dice otro personaje. Por ejemplo, la línea No. 1 está constituida por lo que dice el personaje 1 (C1): "--Comadre, A dónde tan de volada?", etc. (ver anexo No. 10 del quión literario tal como se dividió en líneas).

Una vez definidas las unidades de análisis, éstas fueron reagrupadas en categorías, las cuales, en el caso del spot de televisión fueron las siguientes: 1) información referente a las diarreas y la deshidratación; 2) información referente al uso del suero oral; 3) información sobre prácticas de higiene y alimentación paralelas al uso del suero; 4) información referente a la atención médica, y 5) otras.

En el caso del mensaje de cine, además de las cinco categorías anteriores, fueron agregadas dos: una referente a "líneas auxiliares"* y la otra sobre información referente a la obtención del suero.

También consideramos importante aclarar que al tratarse de mensajes múltiples, es decir, mensajes que incluyen audio y

* Por líneas auxiliares entendemos aquellos textos que dicen los personajes con el único fin de enlazar una línea con otra pero sin proporcionar información específica relacionada con el tema del mensaje educativo.

video, consideramos conveniente realizar un análisis del contenido visual conscientes de las limitaciones que dicha tarea implica dada la escasez de información en relación a la aplicación de esta técnica a mensajes audiovisuales. Sin embargo, asumiendo los errores que se pudieran cometer realizamos tal análisis, cuyo único fin es complementar el del texto o guión literario.

Para llevar a cabo el análisis del contenido visual, tanto en el caso del mensaje de televisión como en el de cine, se seleccionaron como unidades de análisis las "tomas", entendiendo por "toma" a aquel plano único en el que se desarrolla una acción y que se diferencia de otro, en estos casos, por el uso del corte directo entre uno y otro.

De igual forma que en el caso del guión literario, aquí las tomas fueron reagrupadas también en categorías: 1) imágenes referentes a la diarrea y la deshidratación; 2) imágenes referentes al uso del suero oral; 3) imágenes referentes a la nueva presentación del sobre; 4) imágenes sobre prácticas de higiene y alimentación; 5) imágenes de los personajes* y 6) otras**.

* En esta categoría nos referimos a aquellas imágenes en donde los personajes no están realizando una actividad específica relacionada claramente con el tema del mensaje, por ejemplo, cuando sólo se ve que están platicando

** Incluye logotipos, detalles, etc.

7.6. Análisis de Contenido del Spot de Televisión.

Guión spot de televisión

Versión: Cantinflas (dibujos animados)

Duración: 18"

AUDIO

VIDEO

- Ay, señora, está usted viendo que su hijo se hace,....

TOMA 1: Plano medio de Cantinflas vestido de doctor dirigiéndose a alguien que no se ve. (Fondo azul sin ningún objeto alrededor)

- ...que tiene diarrea, como quien dice chorrillo, y usted también se hace y...

TOMA 2: Plano abierto. Señora de perfil, sentada, con un niño sobre las piernas. Están viendo televisión (el televisor está sobre una reja). El Cantinflas, en plano medio, se está saliendo de la pantalla y le habla a la señora directamente.

- ...y no ha...

TOMA 3: Bust shot de Cantinflas (volteando en dirección a la señora)

- ...ce nada! Corra a lavarse las manos....

Toma 4: Plano abierto. La señora corre hacia un lavadero (está afuera, como en un patio). El Cantinflas, más pequeño, va volando sobre la cabeza de la señora.

- ...y traiga un litro de agua limpia o ...

Toma 5: Plano abierto de cocina humilde (almanaque en la pared, mesa de madera sencilla). La señora entra a cuadro trayendo en las manos un jarro de barro y lo pone sobre la mesa.

- ...hervida. Vacie este sobre

TOMA 6: Clase up. de jarra de vidrio (antes era un jarro de barro) con agua. Se ve una mano vaciando el contenido del nuevo sobre.

- en el agua. Dele vueltas hasta que se disuelva.

TOMA 7: Plano medio de Cantinflas, pequeñito, volando, menea la cuchara en la jarra de vidrio.

- Y dele una cucharadita cada ratito hasta que se...

TOMA 8: Plano abierto de señora dándole suero al niño con una cuchara. Entra a cuadro Cantinflas corriendo (de derecha a izquierda) y resbalando sobre la mesa. (Sigue siendo más pequeño que la señora).

- mejore. Pero no se le olvide seguir dándole...

TOMA 9: Clase up de la pantalla del televisor. El Cantinflas entra corriendo de izquierda a derecha y se detiene.

- ...de comer al chavo!

TOMA 10: Plano abierto. Fondo azul. Una jarra con agua y Cantinflas pequeño a su lado (no hay piso).

- Ya vio comadre, no qué no?..

TOMA 11: C.U. Sólo está la jarra a cuadro.

- Salvó la vida de su hijoi

TOMA 12: Plano abierto. Cantinflas sale corriendo de izquierda derecha. Regresa y trae un sobre de VIDA SUERO ORAL casi de su tamaño (nada más le sale la cabeza).

VOICE IN OFF: Pida su sobrecito, es gratis. Sector Salud.

TOMA 13: Close up de los logos del sector salud*.

•

* El paso de una toma a otra está dado por cortes directos

Análisis del botón literario del spot de televisión.

Categorías	Oraciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	F	Σ
I. INFORMACION REFERENTE A LAS DIARREAS Y LA DESHIDRATACION:												
a) Alusión a la diarrea		+									1	11.11
b) Causas de la diarrea												
c) Síntomas de la deshidratación												
d) Deshidratación como causa de muerte por diarreas							1	+			1	11.11
II. INFORMACION REFERENTE AL USO DEL SUERO ORAL:												
a) Alusión a la nueva presentación del sobre												
b) Instrucciones de preparación del suero			+	+							2	22.22
c) Instrucciones de administración					+						1	11.11
d) Importancia del uso del suero oral												
e) Gratuidad del sobre									+		1	11.11
III. INFORMACION REFERENTE A PRACTICAS DE HIGIENE Y ALIMENTACION:												
a) No suspender alimentación normal							+				1	11.11
b) No suspender la lactancia materna												
c) Consejos sobre prácticas de higiene		+									1	11.11
IV. INFORMACION SOBRE ATENCION MEDICA:												
a) Consejo para acudir al médico												
b) Consejo para acudir a instituciones del Sector Salud:												
V. Otras										+	1	11.11
										TOTAL:	9	99.99

1 Hacemos esta separación por considerar que si se aconseja ir al médico en general, puede referirse a médicos privados, curanderos, etc., y no al empleo de los servicios del Sector Salud.

F= frecuencia

Análisis del contenido visual del spot de TV.

Categorías	Tomas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	F	T
I. IMÁGENES REFERENTES A LA DESHIDRATACION Y A LA DIARREA:																
a) Imágenes de niño enfermo																
b) Imágenes sobre síntomas de la deshidratación																
II IMÁGENES REFERENTES AL USO DEL SUERO ORAL:																
a) Imágenes de preparación del suero						*	*									4 30,77
b) Imágenes de administración del suero									*							1 7,69
III IMÁGENES REFERENTES A LA NUEVA PRESENTACION DEL SOBRE:																
a) Imágenes del nuevo sobre													*			1 7,69
IV IMÁGENES RELATIVAS A PRACTICAS DE HIGIENE Y ALIMENTACION:																
a) Imágenes de prácticas de Higiene					*											
b) Imágenes sobre alimentación																1 7,69
V IMÁGENES DE LOS PERSONAJES:**																
a) Cantinflas únicamente		*		*												
b) Señora y niño																
c) Señora únicamente																
d) niño únicamente																
e) Cantinflas, señora y niño				*												4 30,77
f) Cantinflas y señora																
VI Otras**												*		*		2 15,38
TOTAL															13	99,99

* Sin realizar una actividad específica.

** En el caso de la toma #11 sólo aparece una jarra y en la toma #13 los logotipos del Sector Salud.

Como lo demuestra el análisis realizado, en el caso del guión literario del spot de Cantinflas, vemos que de 9 oraciones en total, 4 de ellas se destinaron a dar información sobre la preparación del suero, su administración y la gratuidad del sobre, lo que representa el 44.44% de la información transmitida. Le siguen la información referida a la diarrea y a la deshidratación con un 22.22% y la información referente a prácticas de higiene y alimentación con otro 22.22%. La categoría de "otras" representa el 11.11% restante.

Si realizamos un análisis más detallado, podemos observar que de las nueve oraciones únicamente dos se refieren a las instrucciones de preparación del suero y una a su administración, quedando los demás ítems reducidos al uso de una sola oración para darlos a conocer a la audiencia.

Por otra parte, si retomamos los objetivos que la campaña se planteó en relación al manejo de la información, encontramos que no se dice nada sobre los síntomas y signos de la deshidratación de manera concreta; tampoco se "insiste" en la importancia de no suspender la alimentación durante la terapia de hidratación oral ni se "enfatisa" la importancia del uso del suero, a menos que la Dirección de Educación para la Salud considere "insistir" y "enfaticar" el empleo de una sola oración al respecto.

En cuanto a "resaltar" que los sobres se proporcionaban gratuitamente, de acuerdo con información proporcionada por la DES, este spot no aclaraba que esa gratuidad se refería únicamente a las instituciones del Sector Salud, lo cual provocó una serie de reclamos por parte de la población.

En relación al análisis de las imágenes, encontramos que de 13 tomas en total, 5 están referidas a la preparación y uso del suero oral (38.46%), 4 son tomas de los personajes sin cumplir una acción específica (30.77%), una muestra el nuevo sobre (7.69%), otra más muestra el lavado de mano (7.69) y las dos restantes incluyen una jarra sola y los logotipos del sector salud (15.38%).

Si hacemos a un lado el guión literario podemos observar que la información que se transmite a través de las imágenes es realmente mínima, en relación a lo que se pretendía difundir. Por ejemplo resulta absurdo el hecho de que se invirtieron gran parte de los recursos en la producción de una nueva presentación de los sobres para que sólo aparezca una vez y ninguna las palabras VIDA SUERO ORAL en el guión literario.

También en el caso del análisis de las imágenes, vemos que Cantinflas se convierte en el personaje central del spot, lo cual resulta cuestionable si tomamos en cuenta que Cantinflas es un cómico, que por más que esté vestido de doctor y pese a su

popularidad en el país, desde nuestro punto de vista carece de credibilidad* precisamente por ser un personaje juguetero y que despliega dotes de ignorancia, además de que se le conoce por su habilidad para hablar mucho y no decir nada. A esto hay que agregar el hecho de que se le representa en dibujos animados.

Por otra parte es interesante el rol que se les asigna a los personajes. Cantinflas es presentado como un "ser superior" (por ejemplo vuela junto a la señora) que tiene la última palabra en el anuncio. La señora se limita a obedecerlo (observar el uso de imperativos en el guión literario). Con esto podemos ver el manejo del concepto de educación vertical que utiliza la Dirección de Educación para la Salud, es decir, la población debe aceptar lo que las autoridades de salud dicen.

Si conjuntamos tanto el análisis del texto como el de imágenes, vemos que la información que más se enfatiza es la referida a la preparación y administración del suero, quedando relegada información tan importante como lo es la de las prácticas de higiene (medidas preventivas) y la no suspensión de la alimentación a los niños. Una explicación a esto la encontramos, tal vez, en los resultados de la encuesta sobre práctica y prevalencia del uso del suero oral, en la que se demuestra que éste no está siendo usado por la población, a pesar

* Esto lo planteamos a manera de hipótesis puesto que este spot no fue evaluado ni antes ni después del lanzamiento

de conocerlo, lo que significa que la gente sí sabe cómo usarlo. Por tanto creemos que el problema, a nivel de los mensajes, no se resuelve enfatizando la información sobre preparación y administración, sino recurriendo al empleo de otro tipo de motivaciones, como por ejemplo enfatizar el hecho de que la deshidratación es causa de muerte y que las diarreas provocan y/o agravan la desnutrición en los niños.

En cuanto al manejo de planos, encontramos 2 planos medios, 6 planos abiertos, 1 bust shot y 4 close up. Y un sólo error de secuencia: en la toma #5 la señora trae un jarro de barro para mezclar el suero y en las tomas posteriores ya aparece una jarra de vidrio.

Aunque la Dirección de Educación para la Salud señala que su universo está constituido por la población en general, en base a los personajes (señora y niño) creemos que el spot va dirigido especialmente a las clases bajas. Para afirmar lo anterior nos estamos basando en detalles que se dan en el mismo mensaje como el hecho de que el televisor esté colocado sobre una reja de madera, la señora va a lavarse las manos al lavadero que está en un patio, la señora usa un jarro de barro, etc.

Finalmente, aunque creemos que el personaje de Cantinflas no es el más adecuado para este tipo de mensajes, el manejo del lenguaje en el spot es ágil, utiliza palabras de uso cotidiano

para referirse a la diarrea, y en general se puede decir que es agradable.

7.7 Análisis de Contenido del Mensaje de Cine Rural.

Guión del mensaje de cine.

Versión: Juancho

Duración: 1'16"

AUDIO

VIDEO

Música de fondo: "La Sandunga"
(marimba)

- C1: Comadre 1
- C2: Comadre 2

- C1: Comadre: A dónde tan de volada?
- Toma 1: Plano Abierto (locación exterior en el pasillo de una vecindad). C1 está barriendo afuera de su casa. C2 para casi corriendo. C1 la detiene.

- C2: Pos Doña Cata, que el Juancho se me puso malo
- Toma 2: Bust shot de C2 (volteando hacia C1).

- C1: Otra vez? y ahora qué le paso?
- Toma 3: Bust shot de C1 (dirigiéndose a C2)

- C2: Pues chorrillo, comadre. Yo creo que algo que comió le hizo daño.
- Toma 4: Bust Shot de C2 dirigiéndose a C1.

- C1: No comadrita, lo que les hace daño es que no se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño. Lo que se llama falta de higiene.
- Toma 5: Plano medio de ambas mujeres. C2 está de espaldas a la cámara, en primer plano. C1 está frente a ella.

- C2: Pues hasta eso, comadre, yo hasta ahorita no le he dado nada de comer. No sea que se ma vaya a saltar más.
- Toma 6: Bust shot de ambas mujeres. Ahora C1 da la espalda a la cámara y C2 le habla de frente.

- C1: Eso está mal, comadre. Los chamacos que tienen diarrea no deben dejar de comer. ¿Qué no ve que
- Toma 7: Bust shot de C1, volteando en dirección a C2.

cada vez que hacen se les va todo?

- C2: Pos entonces, qué hago?

Toma 8: Close up de C2 dirigiéndose a C1. angustiada.

- C1: Pos llevarlo al Centro de Salud con el doctor, comadre.

Toma 9: Bust shot de ambas mujeres. C1 se dirige a C2 y ésta está de espaldas a la cámara.

- C1: Pero mientras darle vida suero oral.

Toma 10: Close up del sobre VIDA SUERO ORAL.

- C2: ¿Vida suero oral? ¿Qué es eso?

Toma 11: Close up de C2 (volteando en dirección a C1)

- C1: Comadrei es el suero que se les da a los chamacos que no han cumplido 5 años para que no se deshidraten cuando tienen la diarrea.

Toma 12: Plano Abierto. Llegan corriendo cinco niños y se ponen a dar vueltas alrededor de ellas.

- C2: ¿Y dónde lo consigo?

Toma 13: Close up de C2 (de frente a C1).

- C1: Comadrei Ya hay en los centros de salud, en la farmacia, en la Conasupo. Pero mientras yo le voy a regalar un sobrecito. Siempre tengo uno por si alguno de los chamacos se me enferman.

Toma 14: Plano medio de ambas mujeres de perfil

Y vámonos por el Juancho para dárselo de una vez.

Caminan hacia la Casa de C1 y entran. Corte directo.

- C1: Ya verá, comadre, ésto es pero refacilito prepararlo.

Toma 15: Locación interior de una cocina humilde. Cámara fija en plano medio de la cocina. C1 y C2 entran de derecha a izquierda. C2 ya trae un niño en brazos. C1 trae un jarro de barro. Se dirigen a la mesa que está en el centro y se sientan.

- C1: Nomás hay que echar el polvito del sobre en un litro de agua limpia.

Toma 16: Close up de manos de C1 abriendo el sobre y lo vacía en un jarro de barro.

AUDIO: Tema musical

- C1: Luego se menea muy bien
- C1: Se sirve en un jarrito.

AUDIO: Tema musical

- C1: Y con una....
- C1: ...cucharita....
- C1: ...se le va dando cada vez que Juancho se haga o tenga sed.
- C2: Ahí pos así cualquiera. Y eso es todo, comadre?
- C1: No comadre, sí para mañana no se le quita la diarrea prepare otro litro igual y el que le sobre del de hoy lo tira y prontito hay que llevar a Juancho al doctor.
- C2: Pos que ahorita mismo lo llevo con el doctor. No sea que vaya a ser algo peor que una diarrea.

- C1: Pos hará bien comadre, ya ve cuánto chamaco muerte deshidratado por ahí y es tan fácil evitarlo;

VOICE IN OFF: Salud para todos, todos para la salud. Sector Salud.

Toma 17: Bust shot de C2 viendo hacia la mesa.

Toma 18: Close up manos de C1 meneando el jarrito

Toma 19: Bust shot de C2 (sonríe en dirección a C1)

Toma 20: Close up manos de C1 vacía el suero en un jarrito

Toma 21: Bust shot de C2 viendo la mesa.

Toma 22: Close up de manos de C1 meneando el jarrito.

Toma 23: Bust shot de C2 viendo hacia el jarrito. C1 le pasa una cucharita. C2 le da al niño suero y volteo en dirección a C1.

Toma 24: Close up de C1.

Toma 25: Plano medio de ambas mujeres. Se ponen de pie.

Toma 26: Por corte directo aparecen los logos del sector salud en superposición sobre un mantel donde están los jarros de barro y un sobrecito recargado en ellos.

Análisis del Guión Literario del Mensaje de Cony.

Categorías	Lineas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	F	Σ		
I. INFORMACION REFERENTE																													
A LAS DIARREAS Y LA DESHIDRATACION:																													
a)	Alusión a la diarrea		*		*		*																				3	12.50	
b)	Causas de la diarrea					*																					1	4.16	
c)	Síntomas de la deshidratación																												
d)	Deshidratación como causa de muerte por diarreas																							*		1	4.16		
II INFORMACION REPELENTE																													
AL USO DEL SUERO ORAL:																													
a)	Alusión a la nueva presentación del suero											*	*														2	8.33	
b)	Instrucciones de preparación del suero															*	*	*	*	*							4	16.67	
c)	Instrucciones de Administración																			*							1	4.16	
d)	Importancia del uso del suero oral												*														1	4.16	
e)	Gratuidad del suero																												
III INFORMACION REFERENTE A PRACTICAS DE HIGIENE Y ALIMENTACION:																													
a)	No suspender alimentación normal					*																					1	4.16	
b)	No suspender lactancia materna																												
c)	Consejos sobre prácticas de higiene																												
IV. INFORMACION SOBRE ATENCION MEDICA:																													
a)	Consejo para acudir al médico																						*	*			2	8.33	
b)	Consejo para acudir a instituciones del sector salud																											1	4.16
V	LINEAS AUXILIARES	+	+																								4	16.67	
VI	Información obtenida del suero												*	*													2	8.33	
VII	Otras																										1	4.16	
																								TOTAL	24	99.97			

En este mensaje, el análisis arroja los siguientes datos: de 24 líneas en total, 8(33.32%) están destinadas a dar información sobre el uso del suero oral (categoría II); le sigue la información referente a las diarreas y la deshidratación con 5 líneas que representan el 20.82%. Después encontramos 4 líneas auxiliares (16.67%), 3 líneas sobre información para solicitar atención médica (12.5%), otras 3 sobre cómo conseguir el sobre (12.5%) y 1 sobre prácticas de higiene y alimentación (4.16%).

Analizando más detenidamente encontramos que al igual que en el spot de televisión, la mayor parte de la información está referida a la preparación del suero, su administración e importancia.

Sin embargo, en este mensaje tampoco se habla de los signos y síntomas de la deshidratación ni de la gratuidad de los sobres, pero aquí sí se menciona el nombre del nuevo sobre en dos ocasiones.

Por otra parte, resulta interesante subrayar el hecho de que se habla de la falta de higiene (línea 5) como causa de la diarrea, cuando bien se sabe que es sólo una de las causas que la provocan. También en este mensaje se enfatiza la necesidad de acudir al médico paralelamente al uso del suero (líneas 9, 21 y 22).

En cuanto al análisis del contenido visual encontramos datos interesantes: de 26 tomas en total, 19 son de los personajes en donde sólo aparecen hablando, lo cual representa el 73.05% de las imágenes en total. 5 tomas (19.22%) muestran imágenes relacionadas a la preparación del suero y a su administración. Una toma (3.84%) presenta el nuevo sobre y otra más (3.84) muestra los logotipos del sector salud.

Consideramos que siendo tan alto el porcentaje de imágenes en donde los personajes sólo aparecen hablando, difícilmente se entendería el contenido del mensaje si prescindimos del audio. También aquí cabe resaltar que el nuevo sobre aparece de manera específica en una sola toma (#10), aunque también se alcanza a ver en las tomas #16 y 26.

De esta manera hay un manejo monótono de las imágenes, con la consiguiente subutilización de los recursos visuales. Así encontramos que se emplearon 10 bust shot, 9 close up, 5 planos medios y 2 planos abiertos. En el caso de los close up, 5 si se justifican por estar referidos al proceso de preparación del suero, pero los otros 4 son close up de los personajes, lo cual a su vez demuestra un desconocimiento de la utilidad y significado de emplear ciertos planos. Estas características dan como resultado un mensaje lento, por tanto aburrido, y que realmente no está proporcionando toda la información que se pretendía.

En cuanto a los personajes, tenemos dos mujeres (Comadre 1 y Comadre 2). C1 está representada por Lupe Mejía (cantante de música ranchera), mujer de aproximadamente 40 años de cabello oscuro. Sin embargo, a pesar de que la secuencia está situada en una vecindad, su vestuario no corresponde al de una mujer de clase humilde, por ejemplo trae un pañuelo colocado a la moda en la frente. Aunque tal vez esto pudiera justificarse pensando en que ella es la que cumple la función "educadora" dentro del mensaje. Es decir, puede aparecer como que goza de un status algo superior en relación a C2.

Por su parte, C2 (Aurora Clavel, actriz de telenovelas) es una mujer aproximadamente de 45 años, tipo mexicano y humilde. Viste ropa sencilla y un rebozo, y es la mujer del problema, es decir, la que tiene que ser educada.

Creemos que es un acierto del mensaje la utilización de un lenguaje popular, accesible, de frases cortas. También el hecho de haber recurrido a dos artistas conocidas, aunque, como ya se señaló, la monotonía de las tomas es por demás obvia.

Sin embargo, también encontramos otro tipo de problemas en el mensaje. En cuanto al texto, no hay congruencia entre la falta de higiene y no darle de comer al niño (ver líneas #5 y 6). La palabra "comadre" se repite 12 veces, prácticamente aparece en la mitad de las líneas. También hay un problema de secuencia: en

la toma #14, C1 y C2 entran en la casa de C1. Se ve que C2 entra sola, pero en la siguiente toma (#15) ya aparece con el niño en los brazos (si es que se pretendía ahorrar tiempo, el corte está mal hecho).

Si conjuntamos ambos análisis (de audio y video) vemos que las imágenes realmente aportan poco al contenido literario, y no hacen sino reforzar el punto al que se le dio mayor énfasis en el spot de televisión: preparación y administración del suero.

Finalmente, queremos subrayar que el slogan utilizado al final de este mensaje ("salud para todos, todos para la salud") expresa claramente la política de salud del sexenio 1982-1988: disminución de la participación del Estado+autorresponsabilidad= participación comunitaria, pero sin que el Estado deje de aparecer como el protector de la salud de la población.

7.8 Conclusiones del Análisis.

Creemos que a través de la técnica del análisis de contenido, nuestra hipótesis queda parcialmente comprobada en el sentido de que ambos mensajes, por lo menos, llegan a mencionar gran parte de la información que se pretendía transmitir (lo único que no se llega a mencionar es la información relativa a los signos y síntomas de la deshidratación y la importancia de no suspender la lactancia materna).

Sin embargo, aún cuando se tocan la mayoría de los temas, habrá que cuestionarse si, por ejemplo, dedicar una sola oración para difundir medidas higiénicas ("corra a lavarse las manos") resulta suficiente para provocar cambios de conocimientos, actitudes y conductas en la audiencia-objetivo, como se pretendía con la campaña.

Por otra parte creemos que el análisis nos permitió demostrar claramente la subutilización de los recursos técnicos. Al respecto, estamos conscientes de que dada la brevedad de los mensajes es difícil incluir en ellos toda la información que se pretendía, pero ésto, a su vez, demuestra un error desde la planeación de los contenidos: o se incrementaba el número de mensajes a producir, o se disminuía la cantidad de información a difundir en un solo mensaje. No haberlo hecho condujo a lo que hemos visto: usar una sola oración para referirse a cada ítem, lo cual nos permite cuestionar la posible eficacia de los mensajes.

En relación a ésto, resulta significativo el hecho de que ambos mensajes hayan sido producidos por empresas privadas (en el caso del de televisión por un particular, y en el de cine por PUBLICISA) en base a guiones elaborados por la DES. Esto demuestra varias cosas: por una parte, que personas no capacitadas para la producción de mensajes de salud (que no es lo mismo que hacer la publicidad de Sabritas) son las encargadas de elaborar este tipo de mensajes, lo cual lleva a cometer los

errores que a través del análisis pudimos detectar. Por otra parte, comprueba la subutilización de los recursos e infraestructura, tanto pública como privada en materia de educación social. Recordemos que la SSA cuenta con equipo de producción en su Dirección General de Comunicación Social, por no hablar ya de Imevisión o Televisa. Esto demuestra, a su vez, la poca importancia que se da a la producción eficiente de este tipo de mensajes.

Finalmente creemos que si la campaña de medios masivos hubiera estado realmente basada en los hallazgos de las investigaciones realizadas en 1986 y 1987, el enfoque de la información hubiera sido otro. En este sentido sostenemos que estos mensajes (y la campaña en general) no fueron de carácter preventivo sino curativo. Al enfatizar el empleo del suero oral, lo que se está haciendo es promover el empleo de una medida terapéutica una vez que la enfermedad gastrointestinal se ha presentado, pero realmente no se está orientando a la población sobre medidas prácticas para evitar la enfermedad. Y aún si por un momento pudiéramos considerar estos mensajes como acertados, habría que recordar que de acuerdo a las encuestas realizadas, la gente sí conoce el suero oral y sabe cómo administrarlo, el problema es que no lo usa.

Esto nos conduce de nuevo a señalar que el manejo de la información, desde el inicio, estuvo mal enfocado ya que, pese al

estudio del IMOP, resulta difícil aceptar que el nombre anterior de los sobres (electrolitos PTN) haya sido la causa de que la gente no los usara, así como creer que cambiando ese nombre las madres sí los van a usar.

Como conclusión, este análisis corrobora una vez más las políticas del Estado Burocrático-Autoritario mexicano en materia de salud. Si los mensajes se centraron en promover el uso del nuevo sobre de sales hidratantes, esto obedece, en parte, a la concepción biologicista de la que Educación para la Salud parte en relación a las enfermedades diarreicas, misma que se explica en el sentido de que no cuestiona el sistema social del que surgen tales enfermedades y sí permite manejar la imagen de un Estado preocupado por el bienestar de la población.

CAPITULO VIII

PARA UN BALANCE DEL SEXENIO 1982-1988

Este última capítulo lo hemos dividido en tres partes: en la primera presentaremos cuáles fueron las realizaciones de la Dirección de Educación para la Salud en estos seis años; la segunda está referida a la información disponible sobre los alcances que tuvo el PRECED durante el sexenio. Finalmente, en la tercera parte presentamos una serie de datos en relación a algunos de los resultados de las acciones del Estado mexicano en ese mismo lapso.

B.1 Realizaciones de la Dirección de Educación para la Salud en México 1983-1988.*

Para iniciar este primer apartado, consideramos conveniente presentar una cita que se encuentra en las primeras páginas de las memorias de la Dirección de Educación para la salud en el sexenio pasado:

"Suele presentarse, cuando una administración termina y otra inicia, que se encuentren lagunas de información que obstaculizan tener un conocimiento preciso por parte de

* Toda la información que se presenta en este apartado está tomado de las memorias sobre las acciones realizadas en el sexenio pasado: SSA. Subsecretaría de Salud. La Educación para la Salud en México 1983-1988. Realizaciones y Perspectivas. noviembre 1988, mimeo.

quienes comienzan una tarea, cuál fue el rumbo, características, beneficios y problemas a los que se enfrentó la administración que finaliza sus funciones dentro de un contexto de trabajo. El presente documento se elaboró tomando en cuenta la situación mencionada..."

Presentar esta cita obedece a nuestro interés por dejar asentado que la información que vamos a presentar está sujeta a problemas de inexactitud sobre las acciones realizadas. Aún así, creemos que el documento proporciona datos valiosos a partir de los cuales podemos llevar a cabo un análisis sobre el rumbo de la educación para la salud tomó en nuestro país de 1983 a 1988.

En la parte introductoria de este documento se señala que, a partir del panorama epidemiológico de México (ver cuadros 16 y 17) es evidente que la mayor parte de las principales causas de mortalidad y morbilidad pueden ser prevenidas con acciones sencillas y de bajo costo que la misma población puede y debe desarrollar con el apoyo del equipo de salud. Ante esta situación, "...las autoridades sanitarias mexicanas decidieron dar un giro a las acciones institucionales de salud, dándole más énfasis a las actividades de carácter preventivo". Esta

* Recuérdese que Covarrubias, en el diagnóstico que se hace en 1984, señala precisamente lo contrario; que las acciones curativas siguen estando muy por encima de las preventivas. Baste señalar que durante el sexenio sólo el 6% del presupuesto en salud fue canalizado a actividades preventivas y 70% a las curativas.

situación se consolidó en la presente administración, teniendo en mente, tanto las necesidades reales de salud de la población como los compromisos contraídos en la Conferencia de Alma-Ata.."(137).

Este documento presenta una síntesis de las actividades realizadas por la Dirección de Educación para la Salud ordenadas de la siguiente manera: Área Normativa Nacional (año por año), Áreas Operativas en la República Mexicana, Grupo Interinstitucional, Comisiones Internas y Eventos Especiales.

Dada la amplitud de la información, decidimos abocarnos únicamente a aquellos puntos que resultan de interés especial para esta investigación, dejando para la parte final la presentación de las acciones realizadas en apoyo al PRECED, es decir, de 1984 a 1986*.

Así, bajo el título "Estructura, Actividades y Recursos de Educación para la Salud en las Entidades Federativas"*** se señalan datos interesantes sobre la educación para la salud en el interior de la República (ver cuadro No. 18), entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

* Se excluyen los años 1987 y 1988 por estar detallados ya en la descripción de la campaña.

** Esta información fue capturada a través de 5 formatos diseñados por la Dirección para ser llenados por los diferentes Estados. La Dirección de Educación para la Salud concentró la información, la estructuró y analizó.

- a) El Área de educación para la salud en el 95% de los Estados tiene nivel jerárquico de Jefatura de Departamento, dependiente directamente de la Subdirección de Coordinación de Servicios de Salud (excepto en Puebla). Sin embargo, no hay uniformidad en cuanto al número de secciones que conforman esta área ni en cuanto al número de personal.

En relación a la antigüedad del personal que trabaja en esta área, va de quienes tienen un mes (Nuevo León) hasta quienes tienen 17 años (Durango), pero resalta el hecho de que por lo menos en 13 Estados el personal responsable de esta área tiene menos de un año.

- b) Durante los 6 años, las actividades que más se desarrollaron fueron las pláticas, el teatro quírol, las encuestas y las entrevistas. En cambio las que se implementaron en menor medida fueron las de coordinación extrasectorial.

En cuanto a quienes llevaron a cabo estas actividades se encontró al médico, promotor de salud, enfermera, trabajadora social y nutricionista. Además, resulta paradójico, de acuerdo a los reportes enviados por los Estados, que el educador en salud no se manifiesta como un elemento de primera línea en este programa.

El programa más favorecido por las acciones de educación para la salud fue el Programa Nacional de Inmunizaciones (Días Nacionales de Vacunación contra la poliomielitis y las Fases Intensivas Antisarampionosas) (ver cuadro no. 19).

En cuanto a los programas referidos a diarreas, gastroenteritis, hidratación oral y fiebre tifoidea, ocuparon los siguientes lugares de importancia en el interior de la República: 1983, 7º lugar (15.62%)*; 1984, 5º lugar (21.87%); 1985, 8º lugar (12.50%); 1986, 4º lugar (28.12%); 1987, 7º lugar (28.12%) y en 1988, 5º lugar junto con otros programas (28.12%) (ver cuadro no. 20).

También aquí resalta el hecho de que los programas de Salud Materno-Infantil y prevención del SIDA, que por su importancia debieron ser fuertemente apoyados por las acciones de educación para la salud no tuvieron ese apoyo, ya que de acuerdo a los informes enviados a la Dirección, el primero alcanzó a nivel nacional un porcentaje de sólo 3.12% en la mayoría de los seis años, y el segundo fluctuó entre el 3.12 y 12.50% del total de las acciones (138).

c) En lo que se refiere a la asignación de recursos financieros al Programa de Educación para la Salud en los Estados, todos

* Este porcentaje se refiere al total de los esfuerzos destinados a cada programa

éstos reportaron que los recursos fueron insuficientes para cubrir sus necesidades; sólo el Estado de Tlaxcala reportó que en 1988 sí fue suficiente. Esta es una variable de gran importancia, ya que refleja la poca atención y apoyo que se le presta a este programa.

Así se detectaron tres obstáculos principales en este renglón: 1) Ningún Estado de la República destina recursos suficientes a este programa. 2) En muchos casos el Programa de Educación para la Salud no se identifica de manera específica con una nomenclatura dentro de la apertura programática, lo que obstaculiza aún más que se conozcan los recursos asignados. Y 3) En muchos Estados la situación es aún más caótica, ya que el personal encuadrado en este programa ni siquiera conoce si fue dotado de recursos financieros y cuál es su monto. (Ver cuadro no. 21).

- d) En cuanto a los recursos humanos asignados a este programa a nivel nacional se encontró que, en términos generales, las cantidades totales del personal que desarrolló actividades educativas en salud fueron en incremento: en 1983-1984 alcanzó la cifra de 20,578; en 1985-1986, correspondió a 22,189, y para 1987-1988 fue de 29,508 elementos.

El mismo documento cuestiona que se diga que todo trabajador de la salud debe hacer educación para la salud,

pero "¿hasta dónde personas como agentes sanitarios, enfermeras y aún médicos realizan estas actividades? y si así fuera, ¿29,508 elementos son suficientes para impartir educación para la salud a la población abierta que acude a las instalaciones de la Secretaría de Salud en todo el territorio nacional?" (139).

- e) Finalmente, en relación al equipo existente y sus condiciones de uso en los Estados, y debido a la escasa e incompleta información enviada por algunos Estados (cerca del 50% del total de las 32 entidades), la Dirección de Educación para la Salud determinó trabajar sólo con 3 años (1983, 1985 y 1988) para establecer qué equipo fue utilizado con mayor frecuencia, las condiciones de uso y la distribución de éste a nivel nacional. De esta forma se encontró que el equipo de mayor uso a nivel nacional fue el carrusel, equipo de sonido, proyecto de cintas fijas, proyectos de dispositivas y la pantalla, Aproximadamente el 50% de los Estados hicieron uso de este equipo.

Le siguen el proyector de super 8, proyector de 16 mm sonoro, proyector de cuerpos opacos, proyectos de acetatos, grabadora y mimeógrafo, equipo utilizado aproximadamente por el 35% del total de los Estados; y el resto del equipo lo utilizó menos del 30%.

Cuantitativamente hablando, para 1988 la cantidad de equipo utilizado se triplicó a nivel nacional en relación a 1983, sin embargo la cantidad de equipo descompuesto también tuvo un incremento considerable. En síntesis, señalan que es insuficiente el equipo destinado a acciones de educación en salud en los diferentes estados.

Por otra parte, en cuanto a la participación de la Dirección de Educación para la Salud en eventos especiales, sobresalen dos actividades en las que intervino de manera directa en su organización:

- 1) II Conferencia Interamericana de Educación para la Salud (México, D.F., 4 a 9 de noviembre 1984). Entre las instituciones participantes se pueden mencionar las que integran el Sector Salud, la SEP, la Unión Internacional de Educación para la Salud a través de su oficina regional para América del Norte y la OPS, así como instituciones de educación superior (UNAM, IPN, UAM) y CONACyT.

Entre los temas que se trataron resaltan: Coordinación Intersectorial, Planeación, Programación, Formación de Recursos Humanos, Capacitación y Actualización en Servicio, Investigación Educativa, Educación No Formal, Materiales Didácticos y Medios de Comunicación.

Entre las conclusiones a que se llegó destaca la reafirmación de la importancia de la Educación para la Salud en el desarrollo de los Programas de Salud. También se hizo notar que la educación es la vía liberadora para el desarrollo autónomo de la comunidad y para superar la poca protección que los individuos tienen ante la naturaleza y ante lo que otros de sus congéneres les ocasionan.

También se concluyó que la participación comunitaria es un proceso de concientización de los individuos, de adquisición de valores, de formación de actitudes y de aprendizaje, de pautas conductuales que son efecto de la acción educativa y se contempló a ésta como condición y medio para la solución de problemas y lo indispensable que resulta la movilización social para el avance de los Programas de Salud. También se hizo notar la importancia de la educación formal y no formal en salud.

- 2) Primera Reunión Nacional de Planeación y Evaluación de Programas de Educación para la Salud (Cuernavaca, Mor., 2 a 5 de octubre 1988). Para la realización de dicha reunión se contó con el apoyo financiero de la OPS y la OMS.

Dicho evento tuvo como objetivo central analizar la metodología que en materia de planeación, desarrollo y evaluación de los programas de educación para la salud que

se llevan a cabo en los Estados para dar paso a la unificación de criterios en este campo.

Entre los temas que se tocaron destacan: la Educación para la Salud en México, Educación para la Salud y Difusión Educativa, Estrategias de Comunicación Educativa. Uso de Medios de Apoyo didáctico y Evaluación de las Estrategias de Comunicación Educativa, entre otros.

En esta Reunión se llegó a las siguientes conclusiones:

- En lo que se refiere al presupuesto, la educación para la salud no se contempla con una nomenclatura específica dentro de la apertura programática que maneja la Secretaría de Salud, razón por la cual, esta Área queda desprotegida de todo recurso financiero, lo que se traduce en la escasa o nula posibilidad de poder estructurar un programa acorde a las necesidades que la entidad federativa presenta.

También en lo que se refiere al concepto 3600 (Difusión e Información a la Población), el presupuesto asignado en este rubro es centralizado en la Dirección de Comunicación Social, sin embargo, las entidades federativas desconocen la asignación presupuestal correspondiente, por lo que será necesario establecer una metodología que permita conocer a los Estados el presupuesto específico que se les ha asignado en este concepto.

- En relación a los recursos humanos, se manifestó la inquietud en el sentido de que el personal asignado para realizar acciones de educación en salud es insuficiente para cubrir los requerimientos mínimos en la materia.

- En cuanto a los recursos materiales, aún cuando éstos son indispensables, por determinadas razones al parecer de carácter administrativo, el material que envía la Dirección a las entidades federativas, llega de manera tardía o en el peor de los casos no es enviado; así como los oficios de comunicación para el desarrollo de una campaña, generalmente son recibidos de manera extemporánea, por lo que será necesario implementar un mecanismo que permita subsanar estas fallas administrativas y al final de cuentas, los Estados tengan a tiempo tanto material como oficios, así como todo aquello que sea emitido desde un nivel central.

Es de hacer notar que al respecto la Dirección se rige por los lineamientos emitidos por el área normativa correspondiente, en el sentido de que ha de ser la Dirección General de Administración la encargada de llevar a cabo las acciones de envío y transporte a las entidades federativas de este tipo de material.

- Por último, en relación al Sistema Estatal de Información Básica, se llegó a la conclusión de que, aún y cuando éste fue

constituido como un paquete a través del cual se informa por parte de los Estados de todos los aspectos condicionantes de la salud, parece que el programa de Educación para la Salud no satisface las necesidades de información de los Estados, y por otro lado, de las diversas dependencias del nivel central, ya que es muy frecuente la solicitud de informes a los sistemas estatales con contenidos totalmente distintos a los que se manifiestan en el SEIB.

Por otra parte, de acuerdo con el Informe de Actividades realizadas por la Dirección de Educación para la Salud en apoyo al PRECED de 1984 a 1988 (140), en 1984 se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Realización de mensajes cortos (de 30 segundos) para radio, dos sobre rehidratación oral y dos sobres gastroenteritis.
- Realización de cuatro mensajes para televisión (también de 30 segundos), sobre rehidratación oral y gastroenteritis.
- Una reproducción de audiovisuales sobre diarrea y deshidratación.
- Un texto sobre rehidratación oral. Un original mecánico y tres bocetos.
- Un folleto de rehidratación oral. Un texto y un original mecánico.

Durante 1985 se elaboraron dos guías: una para médicos y enfermeras y otra para el promotor de salud. Estos materiales se imprimieron bajo el presupuesto y responsabilidad de la Dirección de Educación para la Salud. Además se llevó a cabo un curso con la participación de 35 personas. Se elaboraron un cartel y un volante sobre hidratación oral; se produjeron tres spots de radio de 30 segundos y uno para televisión*.

Para 1986, "teniendo mayor claridad con respecto al Programa Nacional de Hidratación Oral en Diarreas"*** (141) se produjeron y difundieron los siguientes materiales:

- Dos guiones para programas de televisión (promoción del sobre de hidratación oral y enfermedades gastrointestinales).
- Cuatro guiones para programas de radio (sobre los mismos temas).
- Un programa de televisión (hidratación oral).
- Una obra de teatro (hidratación oral).
- Dos videos (Diarrea I y Diarrea II).

También en este Informe se señala que en 1986 se produjo el folleto "Pepe Poposa", sin embargo, por información obtenida en

* Nótese que esta información se contradice con la de la solicitud a RTC para este mismo año, en donde se señalan 4 versiones de radio y dos de televisión.

** Hasta 1986 tuvieron "mayor claridad"

entrevista en la Dirección General de Promoción de la Salud, tal historietita nunca se llegó a producir*. Por otra parte, en el informe de las acciones llevadas a cabo por esta Dirección en el sexenio, se menciona que en 1986 se diseñaron y elaboraron siete estrategias de Comunicación Educativa, una de las cuales era en apoyo al programa "Suero de Hidratación Oral" (142); sin embargo, a través de la entrevista antes mencionada, en la Dirección nadie conoce dichas estrategias.

Por último, una acción que reviste singular importancia en este año es la firma de un convenio (10 de julio de 1986) entre la Dirección de Educación para la Salud y la Cámara Nacional de la Industria de la Radio y la Televisión, en el cual ésta última se compromete a distribuir y transmitir cápsulas educativas sobre los problemas prioritarios que aquejan la salud del pueblo mexicano. Estas cápsulas se les conoce como "Mensajero de la Salud". La vigencia del convenio es permanente y las modificaciones en documento se harán por acuerdo mutuo. Los mensajes son transmitidos por toda la red de radiodifusoras que existen en el país.

* Información obtenida el 14 de junio de 1989

B.2 Resultados del Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Diarréicas (PRECED).

En febrero de 1985, a un año de haberse puesto en marcha el programa PRECED, la AID llevó a cabo un estudio relacionado con la operación de este programa, haciendo énfasis en la terapia de rehidratación oral. En este estudio se presentaron algunas consideraciones específicas sobre el programa, entre las cuales merecen destacar las siguientes: 1) la falta de un Director del Programa de tiempo completo, 2) falta de uniformidad en las normas que operan las instituciones, 3) insuficiente apoyo a los profesionales médicos, 4) existe una amplia difusión de remedios, uso de antimicrobianos y antidiarréicos, hasta el tratamiento con soluciones I.V., 5) exceso de mensajes educativos por cada Institución de Salud, lo cual disminuye la efectividad y el impacto de los mismos, y 6) insuficiente sistema de vigilancia epidemiológica, etc. (143).

Además de lo anterior, se sabe que el PRECED en su componente de hidratación oral, no obstante sus alcances, no ha tenido el éxito esperado. Así, la Encuesta sobre Morbilidad, Mortalidad y Tratamiento de Diarreas que realizó la Dirección General de Epidemiología mostró que en episodios diarréicos ocurridos 15 días antes de la entrevista, sólo el 13% habían recibido terapia de rehidratación oral (TRO). Si bien existen algunas dudas sobre la representatividad de la encuesta puesto

que fue realizada en otoño, se señala que "no hay duda de que el uso del "Sobre de terapia de rehidratación oral" está por debajo de lo esperado". (144).

Lo anterior queda corroborado también, con una recopilación de información proporcionada por 20 Estados de la República sobre el uso y existencia de sobres en relación a las metas. Esta información demostró que el empleo estimado de sobres para 1986 fue de 52%, a pesar de que la existencia de sobres sobrepasó el 200% de las metas propuestas. (145).

Al respecto, de acuerdo con los datos disponibles, las instituciones de la Secretaría de Salud distribuyeron en toda la República la siguiente cantidad de sobres: 2 millones en 1984 (146), 3,985,678 sobres en 1985 (147) y casi 4 millones de sobres en 1986 (148). Por su parte, de 1983 a 1986, el Seguro Social distribuyó entre 6 y 8 millones de sobres, el ISSSTE entre 600 mil y un millón y el DIF, alrededor de 600 mil sobre (149). Para 1988, año del lanzamiento de la campaña, se distribuyeron 1,500,000 sobres, es decir, menos de la mitad de los distribuidos en 1986 (150).

B.3 Para un Balance del Sexenio de Miguel de la Madrid.

A manera de resumen, podemos decir que durante este sexenio las instituciones de seguridad social siguieron absorbiendo la

mayor parte de los recursos destinados a salud, y su distribución por programas siguió favoreciendo la atención curativa (70%) en detrimento de la preventiva (6%), a pesar de que el discurso oficial enfatizaba el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) (151). En todo el período de Miguel De la Madrid Hurtado, las autoridades de salud orientaron sus esfuerzos a obtener la validación de su gestión en los foros internacionales (OMS/OPS) y de la élite médica y académica (Academia Nacional de Medicina, El Colegio de México y el Colegio Nacional).

Asimismo, las políticas económicas del Estado mexicano en el sexenio 1983-1988 privilegiaron la estabilización financiera a costa del nivel de bienestar social de los mexicanos, según lo demuestran los siguientes datos:

- En los últimos seis años, el salario perdió un 50% de su poder adquisitivo. Además, la proporción del gasto salarial destinado a la alimentación se incrementó en 60% (152).
- El presidente De la Madrid se propuso en el Plan Nacional de Desarrollo enfatizar los aspectos sociales y redistributivos del crecimiento, sin embargo, no hubo qué enfatizar, porque no hubo crecimiento (153).
- Al finalizar 1988, la cifra de desocupación fue superior a los cinco millones en todo el país. Según la Concamin, desde 1981 el empleo no muestra signos de crecimiento (154).

- El 60% de la población nacional se encuentra en condiciones de desnutrición por problemas de salario y consumo (155).

- La tasa media nacional de mortalidad infantil es de 50% por cada mil nacidos vivos. Esta elevada cifra se debe fundamentalmente a la desnutrición materno-infantil y a la insuficiencia de servicios básicos (156).

- Quince millones de mexicanos no tienen cabida en los servicios de salud (157).

- El 5% de los niños que nacen anualmente mueren antes de los cinco años de edad por problemas de desnutrición y enfermedad (158).

- De los dos millones de niños que nacen cada año, un millón sobrevive con defectos físicos por insuficiencia alimentaria (159).

- Por razones de la crisis y la escasa cobertura y los problemas de consumo, la esperanza de vida del mexicano se redujo en cinco años con respecto a la que existía en 1982 (160).

- De 1982 a 1987 la participación del gastos en salud y seguridad social en el PIB (Producto Interno Bruto) descendió del 2.6 al 1.7%, pese a que la OMS señala que debe ser del 8% (161).
- Entre 1982 y 1987, los casos nuevos de enfermedades transmisibles han aumentado en 41%. O sea que en ese lapso se produjeron 19.2 millones de casos de enfermedades que se hubiera podido evitar tan sólo con que se hubiera mantenido el nivel de 1982 (162).
- En 1981 las muertes de menores de un año debidas a deficiencias nutricionales habían logrado reducirse hasta 37 casos por mil defunciones; en 1984 (último año para el que tiene cifras disponibles la Secretaria de Salud) ascendió a 49 por cada mil, y es muy probable que en la actualidad la cifra sea aún mayor (163).
- En el último sexenio nacieron más de 15 millones de niños. Aproximadamente 450 mil murieron antes del año por efecto de las infecciones respiratorias, diarreas, males congénitos, avitaminosis y otras enfermedades (164).
- En los últimos seis años, un considerable aumento en el déficit de la vivienda ha producido que el 45% de la población habite en condiciones de hacinamiento y falta de servicios (165).

- Por último, al ponerse en marcha el Programa Nacional de Salud del actual sexenio (1989-1994), el Dr. Kumate (Secretario de Salud) informó que en el caso de la mortalidad infantil por diarreas en preescolares, las estadísticas precisan que los Estados de Tabasco, México, Guerrero, Hidalgo, Querétaro, Colima, Guanajuato, Tlaxcala, Puebla, Chiapas y Oaxaca, superan el promedio nacional, por su alta incidencia arriba de 67.7 casos por cada 100 mil habitantes (166).

Retomando lo hasta aquí dicho sobre algunos de los efectos de las políticas gubernamentales durante el sexenio 1982-1988, es pertinente regresar al cuestionamiento que nos planteamos al principio de esta investigación: tomando en cuenta que las enfermedades gastrointestinales están claramente ligadas a las condiciones de vida de la población y ante la caída de los niveles de bienestar de los mexicanos durante ese período aunada a la disminución de los presupuestos destinados al renglón salud, ¿qué papel juegan los medios masivos de comunicación en una campaña destinada a dar información a la población sobre la gravedad de la deshidratación y a fomentar el uso del suero de hidratación oral?

ANALISIS Y CONCLUSIONES

Para el desarrollo de las conclusiones, creemos conveniente presentar primero una serie de señalamientos sobre lo hasta aquí expuesto:

1. En cuanto a las conceptualizaciones que se han elaborado en torno a la educación para la salud, observamos que éstas tienen varios elementos en común: en primer lugar, todas parten de una concepción del proceso salud-enfermedad como un fenómeno biológico individual. En segundo lugar, y como consecuencia del anterior, al estar ubicados los problemas de salud en la conducta individual, también se sitúa únicamente en la conducta del individuo la solución de sus problemas de salud. En tercer lugar, todas contienen, implícita o explícitamente, una concepción de la educación como un proceso vertical y autoritario, en donde los individuos deben aceptar la información que las autoridades de salud les proporcionen.
2. A pesar de que la OMS señala la necesidad de que las nuevas políticas de educación para la salud incluyan la participación de la comunidad para que ésta defina sus propios objetivos y movilice sus propios esfuerzos, podemos ver que en México no ocurre de esa manera, ya que la implementación de los programas es realizada en tal forma que la población no tiene ningún tipo de ingerencia en la toma de decisiones, aunque sí

se le ha convertido en proveedora de recursos (de todo tipo, como vimos) para la consecución y mantenimiento de su salud.

3. Si tomamos en cuenta el hecho de haberse producido tres cambios de directores en la Dirección de Educación para la Salud y la elaboración de tres programas de trabajo durante el sexenio, podemos ver que no existen bases lo suficientemente sólidas sobre las cuales determinar no sólo la organización de las acciones de educación para la salud en México, sino también sus funciones específicas. Además, a pesar de que el discurso oficial durante el sexenio enfatizó la necesidad de impulsar las acciones de educación sanitaria, resultaba difícil de explicar el que a mediados del sexenio la Dirección General de Educación para la Salud pase a ser una Dirección de Área de Medicina Preventiva y se recorte su presupuesto. Por otra parte, las funciones y atribuciones conferidas a la Dirección como resultado de este cambio son tan generales como los reportes existentes sobre las acciones realizadas en estos seis años.

4. A nivel del interior de la República, resulta grave el hecho de que se desconozcan cuáles son los recursos asignados a los Estados para las labores de educación sanitaria y que sea Comunicación Social de la Secretaría de Salud la que tenga centralizado el presupuesto en materia de campañas de difusión. Esta situación permite suponer que en provincia las

acciones de educación para la salud o no se llevan a cabo, o son limitadas e insuficientes.

5. Frente al grave panorama epidemiológico de las diarreas en nuestro país y ante los señalamientos de la OMS con respecto a que no basta la difusión de la terapia de hidratación oral para abatir el problema, el gobierno mexicano ha basado la lucha contra estas enfermedades en la promoción del uso de las sales de rehidratación dejando de lado otro tipo de acciones paralelas de carácter urgente como el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

6. En cuanto a la campaña nacional de hidratación oral elaborada y difundida en 1988 con el fin de promover la nueva presentación del sobre de sales podemos señalar varias cosas:

- A pesar de que los informes oficiales señalan que la campaña estuvo basada en las dos investigaciones descritas, los hechos demuestran que no se tomaron en cuenta los resultados obtenidos a través de éstas en cuanto al uso de las sales. Analizando los contenidos de los mensajes, vimos que éstos están afocados principalmente a dar a conocer a las madres los sobres de sales y su forma de preparación, cuando las encuestas realizadas demuestran que la gente sí los conoce pero NO LOS USAN. Esto viene a comprobar que la campaña estuvo mal afocada en cuanto al manejo de la información.

- En relación a la producción de los mensajes, para su elaboración no hubo ningún sustento teórico en el cual basar su realización. Como se vió en el análisis de contenido, la información que se da a través de ellos sólo cumple parcialmente los objetivos que la Dirección de Educación para la Salud se planteó en cuanto al manejo de la misma. En relación al empleo de recursos técnicos y creativos, en el mismo análisis quedó clara la pobreza de las imágenes utilizadas. De igual modo hay que señalar que estos mensajes no fueron sometidos a un proceso de evaluación ni antes ni después de lanzarse al aire.

Por otra parte, hay que subrayar que pese a la infraestructura de comunicación colectiva que existe en el país, tanto pública como privada, se recurrió a empresas particulares para la producción de los mensajes, lo que implica que fueron elaborados por personas ajenas al quehacer de la comunicación educativa en el área de la salud. Esto demuestra, una vez más, la poca importancia que el Estado da en la práctica a este tipo de acciones, y señala de manera especial, la necesidad de formar profesionistas en comunicación para la salud.

- Difícilmente se puede esperar que con una campaña de medios que duró dos meses con 6 días se logre realmente provocar cambios de conocimiento, actitudes y/o conductas en la

población objetivo. A esto hay que añadir lo ya señalado en relación a las acciones de educación para la salud en provincia, en el sentido de que el envío de materiales es ineficiente: o no llegan o llegan extemporáneamente.

- El manejo global de la campaña y la producción de mensajes (y materiales didácticos en general) se encuentra totalmente centralizado, y dada la extensión del territorio nacional y las diferencias culturales que existen de una a otra región, no se puede esperar que dos mensajes respondan a idiosincrasias tan distintas si partimos de considerar el factor cultura como uno de los elementos determinantes de las prácticas de salud.
 - Por otra parte, resulta difícil entender cómo el programa de cine rural, que absorbió aproximadamente el 80% de los recursos económicos de la campaña, no haya sido evaluado y por tanto se desconozca realmente el número de poblaciones a las que llegó el mensaje y cuál fue el impacto sobre éstas (si lo hubo). Recordemos además que su difusión se llevó a cabo a partir del mes de agosto, es decir, después del período de máxima incidencia de las enfermedades gastrointestinales.
7. Por último, como se sabe, aunque el gobierno cuenta con tiempos oficiales en los medios para la difusión de sus mensajes, en el caso de las campañas, la Dirección de

Educación para la Salud, a través de Comunicación Social de la SSA, solicita espacios a la Dirección General de Radio, Televisión y Cinematografía (RTC), lo cual implica que la difusión de estas está a merced de los tiempos disponibles en el momento en que se hace la solicitud, y siempre y cuando no interfieran con los intereses comerciales de quienes detentan los medios.

Así, este conjunto de señalamientos nos permiten establecer una serie de conclusiones:

En primer lugar, los datos presentados no son sino un reflejo de la improvisación, la falta de apoyo real y la falta de continuidad que caracterizan a los proyectos emprendidos por el Estado no sólo en materia de educación para la salud. Tomando en cuenta los recursos económicos destinados a estas actividades en toda la República y la cantidad de materiales didácticos producidos (a nivel central) y aparentemente distribuidos a nivel nacional, difícilmente podemos considerar la labor que desempeña el Estado a través de la Dirección de Educación para la Salud como un intento serio por mejorar las condiciones de salud de la población.

En cuanto a la problemática epidemiológica, si reparamos por un momento en las tres intervenciones fundamentales de los programas internacionales de lucha contra las enfermedades

diarréicas, podemos observar que los determinantes sociopolíticos y económicos de éstas son dejados de lado y se pone énfasis en el aspecto educativo. Es decir, se parte de acciones de carácter aparentemente preventivo, pero sin ir directamente a las causas que están provocando el problema. Hacer lo contrario equivaldría a poner en cuestionamiento un sistema político que por una parte produce enfermedades diarréicas, y por otra, crea una serie de programas de salud orientados a combatir este problema. Como Sierra Cedillo señala: "El conocer la relación que existe entre la frecuencia de las enfermedades diarréicas y las condiciones de vida, plantea varios problemas; entre los principales, reconocer que el abastecimiento de servicios de agua potable, el mejoramiento de la vivienda y la alimentación, así como las condiciones ambientales, rebasan los alcances estrictos de cualquier programa de salud."

Lo anterior obliga a señalar, nuevamente, que la diarrea es una enfermedad directamente relacionada con las condiciones de vida de la población. Así, la relación pobreza-mal nutrición-diarrea es una constante sociobiológica que señala la necesidad de llevar a cabo transformaciones socioeconómicas más profundas si se desea reducir y controlar este problema de salud.

Sin duda, realizar programas de educación para la salud, sobre todo a través de medios masivos, y mantener un programa eficiente de distribución de sobres, son acciones que podrían

alcanzar mayor éxito si se llevaran a cabo paralelamente a otro tipo de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población.

Se sabe que la reducción a largo plazo de la incidencia de las diarreas dependerá de programas integrados para mejorar el estado nutricional, el abastecimiento de agua, la disposición de excretas y la eliminación de basura así como la adopción de hábitos de higiene personal y adecuado manejo de alimentos desde su producción, abastecimiento, conservación y consumo. Sin embargo, con una pérdida del 50% del poder adquisitivo de los salarios, con una proporción cada vez mayor del gasto salarial destinada a la alimentación y con la disminución del gasto público en salud, las campañas educativas que se implementen a través de medios masivos por sí solas, no podrán hacer mucho para mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.

Ante estas circunstancias, promover únicamente la terapia de hidratación oral se convierte en una estrategia que tiene poca incidencia en las causas de las enfermedades diarreicas en nuestro país. Así, cabe señalar que si bien el PRECED está enfocado a la prevención de la mortalidad por diarreas, este programa realmente es de tipo curativo, puesto que la terapia de hidratación oral no es otra cosa más que un tratamiento cuyo uso se propone una vez que el niño ha contraído la enfermedad.

De esta manera, aunque en el discurso oficial se reconoce la importancia de promover las acciones preventivas, la educación para la salud y el empleo de medios masivos de difusión, en la práctica vemos que en las políticas oficiales para enfrentar esta problemática siguen predominando las acciones de tipo curativo.

Así, dadas las limitaciones en los presupuestos, la elaboración de una campaña con problemas desde su planeación, las condiciones de pobreza de un sector importante de la población y la reducción del gasto público en salud, sostenemos que los medios masivos de comunicación en este tipo de campañas tienen como uno de sus objetivos centrales lograr la legitimación del Estado Mexicano. A través de ellos, y frente a sus políticas de corte neo-liberal, el Estado intenta demostrar que ha sido y sigue siendo el representante de los intereses del pueblo.

Pese a lo anterior, reconocemos la trascendencia de la educación para la salud a través de medios masivos, partiendo de la consideración de que estas acciones sólo sean un componente más dentro de un programa de intervenciones dirigidas a contrarrestar los problemas de salud. En este sentido creemos importante señalar una serie de recomendaciones que consideramos necesarias para llevar a cabo un esfuerzo serio de utilizar medios masivos de comunicación en este campo:

- La elaboración de una campaña, desde su planeación hasta la evaluación, debe estar apoyada en la investigación, tanto teórica como de campo, que conduzca al conocimiento de los factores relacionados con las prácticas de salud y a la optimización de recursos. Además, se debe dar un énfasis especial al proceso de evaluación, ya que esta acción es fundamental para el conocimiento de los logros alcanzados y de los errores cometidos, que a su vez conducirán a la implementación de campañas cada vez más eficientes.
- En la producción de los mensajes deben participar profesionistas especializados en labores de comunicación educativa para la salud, apoyados por especialistas de otras áreas como psicólogos, médicos y sociólogos, principalmente. Asimismo, en el caso de México, dada la amplitud del territorio nacional, creemos que el manejo de la información debe ser adaptado a las características culturales de las diferentes regiones del país, para lo cual se precisa lograr una descentralización de la producción de mensajes y materiales educativos, de tal forma que la Dirección General de Promoción de la Salud (antes Educación para la Salud) sólo cumpla una función de asesoramiento en este renglón.
- Aunado al punto anterior, hay que subrayar que la información es el elemento clave para alcanzar los objetivos que se proponen a través de una campaña. En este aspecto, la selección de ítems y su distribución en cada mensaje, exige

una cuidadosa planeación y un empleo creativo de los recursos disponibles.

- En cuanto a la vigencia de las campañas, es importante que éstas no se circunscriban únicamente al periodo de máxima incidencia de una enfermedad. Si partimos de considerar que los medios de comunicación pueden ser muy valiosos sobre todo en labores preventivas, creemos necesaria la permanencia de mensajes de salud en el mayor número de medios posibles. En este punto hay que señalar la necesidad de revisar y modificar la Ley Federal de Radio y Televisión, para garantizar estos espacios de manera permanente a las instituciones de salud y lograr así que los medios eduquen para la salud y no para la enfermedad.
- Por último, los puntos anteriores no tendrían sentido sin la participación directa de la población en estas acciones en cuanto a la determinación de sus problemas de salud, el conocimiento de los factores económicos, sociales y políticos que los provocan, la búsqueda de soluciones para los mismos y la determinación de la información que consideren fundamental para poder encararlos.

Finalmente, es necesario tener presente que, aún tomando en cuenta las recomendaciones anteriores, los medios masivos de comunicación no son otra cosa más que auxiliares valiosos en las labores de educación para la salud. Ninguna campaña, por más

cuidadosamente elaborada, será exitosa si paralelamente el Estado no implementa otro tipo de acciones concretas que combatan la problemática de salud de la población, es decir, acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de los mexicanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) SCHILLER, Herbert. "Nuevas Tecnologías de Comunicación" *Chasqui*, no. 6, enero-junio 1983, p. 46-53.
- (2) CROVI DRUFFIN, Dolia y RODRIGUEZ DORANTES, Cecilia. "Hacia una caracterización de las Nuevas Tecnologías", *Tecnología y Comunicación Educativas*, ILCE, año 2, no. 7/10, 1987-1988, p. 61-70.
- (3) MELLENDEZ CRESPO, Ana. "La Educación y la Comunicación en México", en *La Comunicación Educativa*, CIESNET, Serie Comunicación Educación y Tecnología, 1985, p. 15-16.
- (4) CHARLES C., Mercedes. "La televisión: usos y propuestas educativas", *Revistas Educativas*, no. 36, abril-mayo-junio 1987, CISE/UNAM, p. 5.
- (5) LA BELLE, Thomas. *Educación no formal y cambio social en América Latina*, Tr. Ma. Elena Vela, 1a. ed. en español 1980, Ed. Nueva Imagen, 298 pp.
- (6) CHARLES C., Mercedes, op. cit., p. 6.
- (7) Ibidem, p. 7.
- (8) Ibidem.
- (9) Ibidem, p. 8.
- (10) CALLAWAY, Archibald. "Frontiers of Out-of-School Education" en Cole Brombeck y Timothy J. Thompson, recop., *New Strategies for Educational Development*, Lexington, Ma., Lexington Books, 1973, citado por La Belle, op. cit., p. 47.
- (11) CHARLES C., Mercedes, op. cit., p. 9.
- (12) MONTUÑA, A. y REBEIL, M.A. Evaluación de la telesecundaria" en *Educación*, Revista del Consejo Nacional Técnico de la Educación, no. 38, octubre-diciembre 1981, p. 95, citado por Mercedes Charles, op. cit., p. 9.
- (13) ESTEIROU MADRID, Javier. *Los medios de comunicación y la construcción de la hegemonía*, CIESTEM/Nueva Imagen, 1a. ed. 1983, p. 59-60.
- (14) Ibidem, p. 89.
- (15) TORRES GUTIJA, Javier. "Evolución del concepto salud-enfermedad". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 106, octubre-diciembre 1981, UNAM, p. 15-38.

- (16) *Ibidem*, p. 26.
- (17) DA SILVA ARDUICA, Antonio Sergio. "El trabajo métrico, la producción capitalista y la sociabilidad del proyecto de prevención", Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, vol. 22, 84, 1976, p. 33-56.
- (18) LAURELL, Cristina. "Medicina y Capitalismo en México", Cuadernos políticos, no. 5, julio-septiembre 1975, p. 82.
- (19) LAURELL, Cristina. "La salud como proceso social", Revista Interamericana de Salud, México, no. 2, abril 1982, p. 20-21.
- (20) TEIXEIRA, Jussara Ma. Trabajo, valoración e invalidez. Editado por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y Universidad Coordinadora de Políticas, Estudios y Estadísticas del Trabajo, 1983.
- (21) OMS/UNICEF. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- (22) TEIXEIRA, Jussara Ma., *op. cit.*
- (23) GONZALEZ PINEDA, Ra Uralia. El Estado Latinoamericano y los Servicios de Salud: 1970-1985. Estudio de tres casos. tesis para obtener el título de licenciada en Sociología, UNAM/FCPYS, octubre 1988, p. 38.
- (24) *Ibidem*, p. 7.
- (25) O'DONNELL, Guillermo. "Reflexiones sobre las tendencias de cambios del Estado Burocrático-Autoritario", mimeo. Argentina. Citado por GONZALEZ PINEDA, *op. cit.*, p. 148.
- (26) *Ibidem*.
- (27) GONZALEZ PINEDA, *op. cit.*, p. 149.
- (28) FARFAN, Guillermo. "Gasto Público y Bienestar Social en México 1983-1986", en PEREZ, Germán y LEON, Samuel (Coordinadores): 17 Años de un Siglo. Ed. Plaza y Valdés, 1a. ed. 1987, p. 71.
- (29) GONZALEZ PINEDA, *op. cit.*, p. 190-199.
- (30) SPP. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, Poder Ejecutivo Federal, 1a. ed. mayor 1983, p. 109.
- (31) *Ibidem.*, p. 235-2436.

- (32) *Ibidem*, p. 237.
- (33) Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planeación, Coordinación de Estudios y Proyectos, Programa Nacional de Salud 1984-1988, Cuadernos técnicos de planeación, no. 8 (SS/MS5/ISSIE/DIF), p. 1.
- (34) *Ibidem*, p. 7.
- (35) *Ibidem*.
- (36) *Ibidem*, p. 76.
- (37) *Ibidem*, p. 44, subrayado nuestro.
- (38) OMS/UNICEF, Informe de la Conferencia Internacional..., op. cit., p. 3.
- (39) *Ibidem*, p. 40-41.
- (40) *Ibidem*, p. 58, subrayado nuestro.
- (41) SOBERON, Guillermo, et. al. La Salud en México: Testimonios 1988, Fundamentos del cambio estructural. Biblioteca de la Salud, tomo I, 1a. ed. 1988, FCE, p. 244.
- (42) *Ibidem*.
- (43) *Ibidem*.
- (44) *Ibidem*, p. 362.
- (45) *Ibidem*, p. 359.
- (46) *Ibidem*, p. 365.
- (47) VEGA FRANCO, Leopoldo y GARCÍA MANZANEDO, Héctor. Esas esenciales de la Salud Pública, La Prensa Nacional Mexicana, 6a. reimpresión 1982, p. 6, citando a WISLON, C.E.A., The entitled field of Public Health, Mod. Medi. : 2:132, 1980.
- (48) LEAVELL, H.R. y CLARCK, E. G., Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach, MacGraw-Hill Book, Co., New York, N.Y., 1965 citando por VEGA y GARCÍA, op. cit., p. 8.
- (49) VILLASENOR, Federico y GÓMEZ GONZÁLEZ, Filiberto, Manual de Educación Higiénica, Centro Regional de Ayuda Técnica, Afd, 1a. Edición 1960. Ed. Trillas, México.

- (50) SSA. Manual de Normas de Educación para la Salud, Dirección General de Educación para la Salud, 1a. ed., 1976, 2a. ed. 1980, México, p. 17.
- (51) *Ibidem*.
- (52) OMS/UNICEF. Informe de la Conferencia Internacional..., op. cit., p. 40.
- (53) *Ibidem*, p. 5.
- (54) OMS. Education for health, ó manual on health education in primary health care, Geneva, 1968.
- (55) VILLASENOR y GOMEZ GONZÁLEZ, op. cit.
- (56) SOBERON, Guillermo, Et. al., cit., p. 249.
- (57) SSA. Manual de Normas de Educación..., op. cit.
- (58) *Ibidem*, p. 15, citando a MOSS Bernice K., Educación para la Salud, 1a. ed. 1965, Ed. Trillas, p. 97.
- (59) *Ibidem*, p. 15.
- (60) *Ibidem*.
- (61) KICKBUSCH, Ilona. "Involvement in Health: a social concept of health education", International Journal of Health Education (suplement) 24: 3-15, 1981. Apareció también en EFAS: Educación para el Autocuidado en Salud, vol. IV, no. 4, julio 1987 (Chile) con el título "Compromiso en Salud: un concepto social de Educación en Salud", p. 8-16.
- (62) VILLASENOR y GOMEZ GONZÁLEZ, op. cit.
- (63) SSA. Manual de Normas de Educación..., op. cit., p. 16.
- (64) OMS. Education for health, op. cit.
- (65) KICKBUSCH, ILONA, op. cit.
- (66) VEGA FRANCO, L. y GARCÍA MANZANEDO, H., op. cit.
- (67) ESPINOZA Y DE LEÓN, Victor Manuel, Prevención para la Salud, Editor Francisco Méndez Cervantes, 1a. ed. 1983, México.
- (68) OMS. Nuevas Políticas de Educación para la Salud en Atención Primaria de la Salud, Documento Base para discusiones técnicas: 36A. Asamblea Mundial de la Salud, 1983 y cuestionamientos para consideración por los Estados miembros, p. 4.

- (69) STANDARD, Fenneth y LAPLUN, Annette, "Educación Sanitaria: Nuevas Tareas y Nuevos Criterios", Cronica de la OPS, vol. 37, no. 2, Binebra, 1983.
- (70) SSA, Subsecretaría de Salubridad, Dirección General de Educación para la Salud, Nuevas Políticas de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud, México, octubre 1983, p. 29.
- (71) SSA, Dirección General de Educación para la Salud, Manual de Organización, mimeo.
- (72) SSA, Dirección General de Educación para la Salud, Organización Propuesta, elaborada por Ana Cristina Covarrubias, 1984, mimeo.
- (73) SSA, Dirección de Educación para la Salud, mimeo, 1985.
- (74) SSA, Dirección General de Educación para la Salud, Plan Nacional de Educación para la Salud 1983-1988, mimeo, s/f, p. 4-5.
- (75) *Ibidem*, p. 30, subrayado nuestro.
- (76) *Ibidem*, p. 31-33.
- (77) SSA, Subsecretaría de Investigación y Desarrollo, Dirección General de Educación para la Salud, Programa de Educación para la salud, marzo 1985, p. 17.
- (78) *Ibidem*, p. 6-6.
- (79) Diario Oficial, 19 de agosto de 1985.
- (80) MOJA HERNANDEZ, Felipe, "La hidratación oral en niños con diarrea", Salud Pública de México, suplemento no. 1, vol. 26, 1984, p. 12 y p. 15 subrayado nuestro.
- (81) *Ibidem*, p. 15.
- (82) SIERRA CEDILLO, Blanca Luc, "Educación para la hidratación oral", actividades educativas en el servicio de Hidratación Oral del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", en Hidratación Oral en Diarreas, SSA/UNICEF/OPS/OMS/AID/HIM, México, abril 1987, p. 66.
- (83) MOJA HERNANDEZ, Felipe, "Programa Nacional de Hidratación Oral en Diarreas, 1983-1986. Evaluación y perspectivas", Salud Pública de México, vol. 29, no. 4, julio-agosto 1987, p. 268-269.

- (84) SSA, Dirección General de Medicina Preventiva, Resumen de algunos Programas Preventivos, mimeo, enero 1986, p. 7.
- (85) FLORES ALVARADO, Angel et. al. "Avances en el control de la deshidratación secundaria a padecimientos diarreicos, en población rural de México", en Hidratación Oral en Diarreas, op. cit., p. 127-131.
- (86) NARRO ROBLES, José R. "El programa de Hidratación Oral en la Ciudad de México", en Hidratación Oral en Diarreas, UNICEF/OFS/HIM, México, 1985, p. 204-205.
- (87) ISUNZIA OGAZÓN, Alberto et. al. "La "solución casera" para la rehidratación oral en comunidades rurales marginadas. Informe preliminar", en Hidratación Oral en Diarreas, SSA/UNICEF/OFS/OMS/AID/HIM, México, abril 1987, p. 179-1987.
- (88) MERSON, Michael. "Selección de las medidas de intervención en el control de las enfermedades diarreicas", en Hidratación oral en diarreas, 1985, p. 151-156.
- (89) ISAZA, Pablo. "Programa de control de enfermedades diarreicas a nivel mundial, regional y local. Estructura, componentes de servicio y de investigación; organización, prioridades, estrategias de intervención y evaluación", ibidem.
- (90) MERSON, Michael. "Intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas (excluyendo el tratamiento de casos). Hallazgos e implicaciones para el desarrollo de las actividades de CED", en Hidratación Oral en Diarreas, SSA/UNICEF/OFS/OMS/AID/HIM, México, abril 1987, p. 197.
- (91) Ibidem, p. 197-198.
- (92) MERSON, Michael, "Selección de las medidas...", op. cit., p. 157.
- (93) NOTA HERNANDEZ, Felipe, "Programa Nacional de...", op. cit.
- (94) Sector Salud, Grupo Internacional Mínimo de Atención a la Salud Subgrupo de Hidratación Oral en Diarreas. "Programa Nacional de Hidratación Oral en Diarreas", en Hidratación Oral en Diarreas, UNICEF/OFS/HIM, 1985, p. 215.
- (95) Ibidem.
- (96) FERNANDEZ VARELA, Héctor. "Políticas de Salud sobre Hidratación Oral en México". Ibidem.
- (97) Ibidem, p. 2.

- (98) AL TAMIRANO LAGARDA, Samuel y Cárdenas Romero, Celedonio. "El impacto de la rehidratación oral en la mortalidad por infección intestinal en el Estado de Jalisco, 1984-1986". Salud Pública de México, marzo-abril 1988, vo. 30, no. 2.
- (99) CARRILLO SILVA, Raúl. "Programa de Hidratación Oral en niños menores de cinco años de edad en los Estados de la República Mexicana en 1984". en Hidratación Oral en Diarreas, UNICEF/OPS/IMM, 1985.
- (100) MOTA HERRERA F. Felipe, "La hidratación oral en ...", op. cit.
- (101) *Ibidem*, p. 17.
- (102) SSA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva, Dirección de Normas para la prevención de enfermedades infecciosas y parasitarias. Informe global sobre actividades del Programa Nacional PRECED de 1984-1988, mimeo, noviembre 1988.
- (103) SSA, Dirección General de Medicina Preventiva. Norma técnica para la prevención y control de las enfermedades diarreicas, 1986, p. 1 y 2.
- (104) SMITH, William O. (Academy for Educational Development, PRITCHARD/AID/USA) "Aspectos de Comunicación para la Hidratación Oral en Diarreas", en Hidratación Oral en Diarreas, SSA, UNICEF, OPS, OMS, AID, IMM, México, abril 1987, p. 171-178.
- (105) *Ibidem*.
- (106) SSA, Programa Nacional de Salud..., op. cit.
- (107) Dirección de educación para la Salud. Informe de las Actividades Realizadas por la Dirección de Educación para la Salud en apoyo al Programa Nacional PRECED 1984-1988, mimeo, 5/7.
- (108) SSA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección de Educación para la Salud. Informe de los avances obtenidos en la ejecución del Programa de Comunicación Educativa en apoyo a la Campaña Nacional de Hidratación Oral en Diarreas en México, mimeo, noviembre 1988, p. 1 (subrayado nuestro).
- (109) *Ibidem*, p. 4.
- (110) SSA, Sistema Nacional de Encuesta de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional sobre

práctica y prevalencia de la terapia de rehidratación oral en México. Resultados Nacionales, 1988.

- (111) SSA. Subsecretaría de Servicios de Salud. DES. Informe técnico de los avances..., op. cit., p. 6.
- (112) Ibidem.
- (113) Ibidem. p. 8.
- (114) Ibidem. p. 10-11.
- (115) Dirección de Educación para la Salud. Informe de las actividades realizadas..., op. cit., p. 10.
- (116) Dirección de Educación para la Salud. Estrategia de Comunicación Educativa. Campaña de Promoción del Nuevo Sobre de Hidratación Oral, mimeo, Junio 1987, p. 6.
- (117) Ibidem. p. 7-8.
- (118) Ibidem. p. 13, subrayado nuestro.
- (119) Ibidem. p. 17.
- (120) ACADEMIA PARA EL DESARROLLO EDUCATIVO. "VIDA BUENA ORAL" Programa Lanzamiento, preparado por Jorge E. Ferrer, mimeo, abril 1988, s/p.
- (121) Ibidem
- (122) SSA. Subsecretaría de Servicios de Salud. DES. Informe técnico sobre los avances..., op. cit., p. 19.
- (123) Ibidem., p. 20.
- (124) ACADEMIA PARA EL DESARROLLO EDUCATIVO, op. cit.
- (125) SSA. SSS. DES. Informe técnico sobre los avances..., op. cit., p. 23.
- (126) Ibidem.
- (127) Ibidem. p. 25.
- (128) ACADEMIA PARA EL DESARROLLO EDUCATIVO, op. cit., s/p.
- (129) Dirección de Educación para la Salud. Informe de las actividades realizadas..., op. cit., p. 8.
- (130) SSA. SSS. DES. Informe técnico sobre los avances..., op. cit., p. 26-27.

- (131) Ibidem, p. 29.
- (132) PUBLICIDAD EN CINES, S.A. DE C.V. entrevista con la dirección 21 de junio 1989.
- (133) PUBLICISA, Tarifa para la proyección de cine-matutos en 35mm, Área somurbana, vigente a partir del mes de enero de 1988, mimeo.
- (134) SSA, SES, DES. Informe técnico sobre los... op. cit., p. 29-30.
- (135) Ibidem.
- (136) Ibidem, p. 43.
- (137) SSA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección de Educación para la Salud. La Educación para la Salud en México 1983-1988. Realizaciones y perspectivas, mimeo, noviembre 1988, p. 9.
- (138) Ibidem, p. 131.
- (139) Ibidem, p. 142.
- (140) Dirección de Educación para la Salud. Informe de las actividades realizadas... op. cit.
- (141) Ibidem, p. 2.
- (142) SSA, SES, DES. La Educación para la Salud en México... op. cit.
- (143) SSA, SFP, INEGI. Gobiernos de los Estados. Sistema de Encuestas de Salud. Encuesta sobre prevalencia y práctica de la terapia de rehabilitación oral. Diseño Conceptual, Noviembre, 1986.
- (144) Ibidem, p. 1-2.
- (145) MOTA HERNANDEZ, Felipe. "Programa Nacional de...", op. cit.
- (146) Ibidem.
- (147) SSA, Dirección General de Medicina Preventiva. Resumen de algunos... op. cit.
- (148) MOTA HERNANDEZ, Felipe. "Programa Nacional de...", op. cit.

- (149) Ibidem.
- (150) ACADEMIA PARA EL DESARROLLO EDUCATIVO, op. cit.
- (151) GONZALEZ PINEDA, Ma. Gracia. op. cit., p. 199.
- (152) ALVAREZ, Raúl. "El salario perdió 50% de su poder de compra en 1982-1988. 5 millones de personas quedaron sin empleo en ese lapso", El Financiero, lunes 13 de marzo de 1989, p. 94.
- (153) GOMEZ MAZA, Francisco. "Fracaso absoluto del Plan Nacional de Desarrollo 82-88", El Financiero, miércoles 22 de febrero de 1989, sec. economía, p. 67.
- (154) Ibidem.
- (155) RAMIREZ, Carlos. "El reto de la desigualdad social", El Financiero, viernes 2 de diciembre de 1988, sec. análisis político, p. 55.
- (156) Ibidem.
- (157) Ibidem.
- (158) Ibidem.
- (159) Ibidem.
- (160) Ibidem.
- (161) "Atención especial a los Grupos Vulnerables, ofrece Kumate", La Jornada, jueves 9 de febrero de 1988.
- (162) DUINTANA, Enrique y SERBELOV, Yuri. "La bomba de la deuda. Devastador impacto del pago del servicio por 83 mil mdd", El Financiero, martes 17 de enero de 1989, sec. economía, p. 62.
- (163) Ibidem.
- (164) Ibidem.
- (165) Ibidem.
- (166) GARCIA SOTA, Mario. "En vigor el Plan Nacional de Salud: reve la una alta tasa de mortalidad infantil", El Financiero, viernes 6 de enero de 1989, sec. nacional, p. 10.

OTRAS OBRAS CONSULTADAS

- ALBERTO ANIKES, Meqda. La televisión didáctica, Ed. Nitre, Barcelona, 1984, 157 pp.
- COPLANAR, Necesidades esenciales en México. Situación y perspectivas al año 2000, Tomo 4: Salud, Ed. Siglo XXI, 3a. ed. 1985, 452 pp.
- CORTES ROCHA, Carmen. La escuela y los medios de comunicación masiva (antología), Ediciones el Caballito, SEF/Cultura, Biblioteca Pedagógica, 1a. ed. 1986.
- EIBENSCHUIZ, Catalina. "Memoria y salud en el estado mexicano", Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, no. 106, octubre-diciembre 1981, p. 39-56.
- FREIRE, Paulo. Gestión o comunicación? La concientización en el medio rural, Ed. Siglo XXI, 1a. ed. en español, 1983.
- FUENTES MOLINAR, Diac. "Educación, Estado y Sociedad en México", versión preliminar compilada para su publicación en México Hoy, Siglo XXI, México, 1979.
- FUENTES MOLINAR, Diac. Educación y política en México, Ed. Nueva Imagen, 3a. ed. 1987, 214 pp.
- GARCÍA, Juan César. "Medicina y Sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la Salud", Educación Médica y Salud, vol. 17, no. 4, 1983, p. 363-393.
- GUTIERREZ, Francisco. Pedagogía de la Comunicación, Humanitas, 1a. ed. 1974, 2a. ed. 1975, Buenos Aires, p. 93-94.
- LOPEZ ACUÑA, Daniel. La salud desigual en México, Ed. Siglo XXI, 7a. ed., 1987, 247 pp.
- MCLuhan, Marshall y CARPENTER, Edmund: El aula sin muros, Tr. Luis Carandell, Ed. LAIA, 3a. ed. 1981, Barcelona, 266 pp.
- PRIETO CASTILLO, Daniel. "La comunicación educativa como proceso alternativo" en La Comunicación Educativa, LUSNET, Serie comunicación: educación y tecnología, 1985.
- SIGERIST, Henry. Hitos en la historia de la Salud Pública, Ed. Siglo XXI, 3a. ed. 1987, 98 pp.

VALDES OLMEDO, Cuauhtémoc y. HAMUD ESCARCEGA, Salomón. "Salud y Educación: dos aspectos fundamentales del desarrollo nacional". Salud Pública de México, vol. 28, no. 4, julio-agosto 1986. SSA, México.

CUADROS, FIGURAS Y ANEXOS

CUADRO 1. Desarrollo del pensamiento materialista sobre la escuela como aparato hegemónico dominante.

	+ Antonio Gramsci (Italia 1917-1973)
E	+ Louis Althusser (París 1970)
U	+ Pierre Bourdieu y Jean Claude Passeron (Francia 1970)
R	+ Christian Baudelot y Roger Establet (Francia 1970)
D	+ Giovanni Bechelloni (París 1972)
P	+ Gerard Mendel y Christian Vogt (París 1973)
A	+ Nic s Poulantzas (Francia 1974)
A	+ José Carlos Mariátegui (Perú 1925)
M	
E	
R	+ Ignacio Hernández Gutiérrez (México 1972)
I	
C	
A	+ Tomás Amadeo Vasconi (Chile 1972- Argentina 1973)
L	
A	+ Mario Monteforte Toledo (México 1976)
T	
I	
N	+ Enrique Luengo (México 1978)
A	
	+ Edgar Jiménez C. (México 1981)

Tomado de: ESTEINQU MADRID, J. Los medios de comunicación y la Contrucción de la Hegemonía, 1a. Edic. 1983. Ed. CEESTEM/Nueva Imagen. p. 44.

CUADRO No. 2
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. GASTO EN SALUD Y PIB (en millones de pesos)

AÑO	PIB	SALUD	%	GASTO		% P I B		% SALUD	
				SECTOR PUG.	DES. SOC.	GPSP	GDS	GPSP	GDS
1978	2337398	52301	2.24	565409	162654	24.19	6.96	7.25	32.15
1979	2067526	65858	2.15	767492	213474	25.02	6.96	8.59	30.87
1980	4476077	93324	2.09	1159760	296681	25.94	6.64	8.05	31.44
1981	6127632	133950	2.19	1803430	445616	29.43	7.27	7.45	30.66
1982	9797791	213619	2.18	2643514	728944	26.98	7.44	8.08	29.31
1983	17878720	369663	1.71	4246137	1024920	23.75	5.73	7.2	29.62
1984	29471575	498041	1.66	7141329	1660886	24.23	5.64	6.63	29.38
1985	47402549	784603	1.66	10572565	2676763	22.3	5.65	7.42	29.31
1986	79352450	1247933	1.57	17367496	4579145	21.69	5.77	7.19	27.75
1987	195614485	3195679	1.63	33589300	8056500	17.17	4.12	9.51	39.67

FUENTE: Estadísticas Históricas de México, I, pp. 311-2

FUENTE: Corrección del PIB según Informe de Ejecución 1987 del PIB o. 125.

FUENTE: G. Soberón: "El financiamiento como instrumento del Cambio Estructural"

FUENTE: V Informe de Gobierno. Anexo Estadístico pg. 81. 101-106

FUENTE: GPSP y GDS en 1987 del Proyecto de Presupuesto 1987, pp. 24

TOMADO DE: BONTALEI PINEDA, Ma. Dra. El Estado Latinoamericano y los Servicios de Salud: 1970-1985. Estudio de tres casos. Tesis de Sociología, UNAM/FCFyS, octubre 1988, p. 198

CUADRO No. 3

MARCO JURIDICO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN MEXICO

CONSTITUCION POLITICA DE LOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Art. 4o., párrafo tercero

LEY GENERAL DE SALUD

Art. 2o., fracciones I a VII
Art. 3o., fracción XI
Art. 27, fracción I
Art. 110
Art. 111, fracciones I a IV
Art. 112, fracciones I a III
Art. 113
Art. 185, fracción II
Art. 188, fracción II
Art. 191, fracciones II y III.

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION
PUBLICA FEDERAL

Art. 39, fracciones XVI y XVII.

CODIGO SANITARIO

Art. 33
Art. 34
Art. 35, fracciones I a VII
Art. 36
Art. 37

REGLAMENTO INTERNO DE LA SSA

Art. 24, fracciones XIII, XIV y XV

NORMA TECNICA No. 279 DE
EDUCACION PARA LA SALUD

Cap. I a IV

CUADRO No. 4

Instituciones de la Secretaría de Salubridad y
Asistencia que deben realizar actividades
de Educación y Capacitación*

NORMATIVAS EN EDUCACION PARA LA SALUD

Dirección General de Educación para la Salud.

NORMATIVAS EN CONTENIDOS DE SALUD Y ALIMENTACION

- Dirección General de Epidemiología
- Sistema Cartilla Nacional de Vacunación
- Dirección General de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos
- Dirección General de Rehabilitación
- Dirección General de atención Materno-Infantil
- Dirección General de Salud Mental
- Dirección de Saneamiento Atmosférico
- Dirección General de Saneamiento del Agua
- Dirección General de Saneamiento del Suelo y Programas Especiales
- Dirección General de Licencias Sanitarias

APLICATIVAS EN LA CAPACITACION DE LA POBLACION Y DEL PERSONAL DE LOS TRES NIVELES DE ATENCION

- Dirección General de Asistencia Social
- Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados.
- Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal
- Dirección General de Atención Materno-Infantil
- Unidad de Educación y Programación de Saneamiento Ambiental
- Dirección General de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos
- Dirección General de Inspección y Licencias Sanitarias

* ELABORADO CON DATOS DEL: Plan Nacional de Educación para la Salud 1982-1988.

CUADRO No. 5

REPUBLICA MEXICANA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD 1970 Y 1981

C A U S A S	No. de Orden	1 9 7 0			1 9 8 1			
		Defunciones 485656	Tasa(1) 9.9	% 100.0	No. de Orden	Defunciones 424274	Tasa(1) 5.9	% 100.0
T O T A L								
Influenza y neumonías	1	85676	170.8	17.2	3	31919	47.1	8.0
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	2	89410	141.7	14.3	4	32392	45.0	7.6
Accidentes, envenenamientos y violencias	3	34784	71.0	7.2	1	69566	96.6	16.3
Enfermedades del corazón	4	33488	68.3	6.9	2	51771	70.5	12.2
Causas de Morb. y Mort. Perinatales	5	25222	51.5	5.2	6	26210	36.5	6.2
Tumores Malignos	6	18415	37.6	3.8	5	28600	38.9	6.6
Enfermedades Cerebrovasculares	7	12107	24.7	2.5	7	15637	21.7	3.7
Sarampión	8	11891	24.3	2.4	-	824	1.1	0.2
Cirrosis Hepática	9	11182	22.8	2.3	9	14902	20.7	3.5
Tuberculosis todas formas	10	9757	19.9	2.0	10	6721	9.3	1.6
Diabetes Mellitus					8	15430	21.4	3.6
Las demás causas		175744	36.2	36.2	-	126801	178.8	30.6

(1) Por 100,000 habitantes

NOTA: Para 1970 se tomó como base la Octava Clasificación Internacional de las Enfermedades y en 1981 la Novena, habiendo sido necesario establecer las equivalencias correspondientes para su comparación

FUENTE: Estadística Vitales de los Estados Unidos Mexicanos 1970

SSA, México 1972

Boletín de Información Estadística, SPP y SSA No. 1, marzo 1983

DEFUNCIONES Y MORTALIDAD POR ENFERMEDADES
DIARREICAS. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1972-1981

AÑOS	D E F U N C I O N E S	TASA (1)
1972	56684	127.0
1973	56321	127.0
1974	56847	127.8
1975	51064	115.4
1976	51275	115.9
1977	48577	110.6
1978	37872	86.5
1979	38124	86.2
1980	37125	83.1
1981	32034	74.8

(1) Tasa por 100 000 habitantes.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Secretaría de Informática, S.P.P., SSA.

CONADO DE: SSA, DGNP, Programa de Algunos Programas Preventivos.

CUADRO No. 7: PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION
EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
REPUBLICA MEXICANA, 1980.

No.	CAUSA DE MUERTE	DEFUNTORES
1	Enfermedades infecciosas intestinales	7587
2	Neumonia	2913
3	Cardiopatía	1051
4	Erupción, Erisipela y Asma	947
5	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	800
6	Tosferina	658
7	Septicemia	446
8	Anomalias Congénitas	411
9	Influenza	331
10	Menigitis	293
	Todas las demás causas	12226
	T O T A L	28667

FUENTE: S.P.P., INEGI, SE, Subdirección de
Estadísticas Demográficas y Sociales

CONADO DE: SSA, DGNP, Programa de Algunos Programas Preventivos,
marzo, enero 1980.

CUADRO No. 8:

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN
EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS.
REPUBLICA MEXICANA, 1980

No.	CAUSA DE MUERTE	DEFUNCIONES
1	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	1867
2	Enfermedades infecciosas intestinales	1631
3	Neumonía	912
4	Leucemia	431
5	Caidas accidentales	411
6	Sarampión	392
7	Homicidio	340
8	Óncas	255
9	Tuberculosis	258
10	Anomalías congénitas. Todas las demás causas	200 9279
	T O T A L	15906

FUENTE: S.P.P., INEGI, Subdirección de Estadísticas Demográficas
y Sociales

TONADO DE: SSA, DEGNP, Resumen de Algunos Programas Preventivos,
mimeo, enero 1986

CUADRO No. 9

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.
REPUBLICA MEXICANA 1980.

No. CAUSA DE MUERTE	NEONATAL			TOTAL
	TEMPRANA	TARDIA	POSTNEONATAL	DEFUNCIONES
1 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	18,181	4,945	4,581	27,708
2 Otras enfermedades del aparato respiratorio	3,618	3,370	17,104	24,092
3 Enfermedades infecciosas intestinales	625	2,311	19,166	22,102
4 Anomalías congénitas	2,700	674	1,614	5,188
5 Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	178	152	3,885	4,215
6 Enfermedades de glándulas endocrinas metabólicas y trastornos inmunológicos	50	53	2,544	2,647
7 Otras enfermedades bacterianas	18	72	2,186	2,276
8 Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	74	53	1,649	1,776
9 Enfermedades del sistema nervioso	87	120	1,057	1,272
10 Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	131	168	924	1,223
Todas las demás causas	605	548	4,572	5,725
T O T A L	26,267	12,675	59,282	98,227

FUENTE: S.F.P. Dirección General de Estadística, E.U.M.- 1980.

TOMADO DE: S.S.A. D.G.M.P. Resumen de Algunos.... Op. Cit.

CUADRO No. 10: CASOS Y MORBILIDAD POR ENTERITIS

Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
1974 - 1983

A Ñ O S	C A S O S	T A S A (1)
1974	334,002	591.3
1975	404,172	672.0
1976	457,046	735.3
1977	589,519	881.7
1978	582,520	869.7
1979	594,920	857.5
1980	1,152,702	1,706.8
1981	1,697,805	2,446.6
1982	2,010,635	2,821.7
1983	2,240,753	3,213.1

(1) Tasa por 100 000 habitantes.

FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática, S.P.F. S. S. A.

TOMADO DE: SSA, DGMP, Resumen de Algunos... op. cit.

CUADRO No. 11

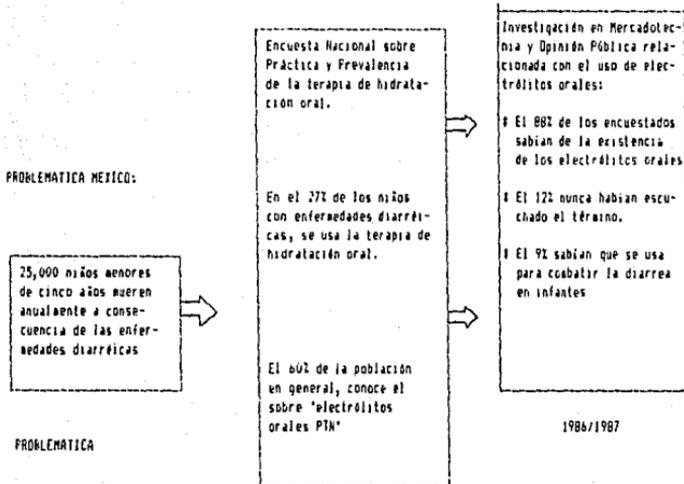
Tasa de Mortalidad por* diarrea

País	Año	Pre		
		Lactantes	Escolares	Escolares
Alemania Federal	1982	2.3	0.4	0.0
Japón	1982	3.3	0.4	0.0
Estados Unidos				
de Norteamérica	1980	3.5	0.2	0.0
Francia	1981	8.3	0.3	0.1
Alemania Dem.	1978	27.6	0.8	0.0
Bulgaria	1982	62.0	1.4	0.1
Rumania	1982	134.2	4.6	0.1
Chile	1981	133.7	5.0	0.6
Kuwait	1982	219.3	6.2	0.8
Brasil	1980	612.2	36.2	1.9
México	1982	717.3	59.6	4.5
El Salvador	1981	745.2	76.8	6.6
Paraguay	1980	1,622.9	142.2	6.3

(*) Por 100,000 habitantes. Estadística Anual de Salud Mundial 1984, SSA (México 1984).

TOMADO DE: MOTA HERNANDEZ, Felipe. "Programa Nacional de Hidratación Oral en Diarreas 1983-1986. Evaluación y Perspectivas" Salud Pública de México, Vol. 29, No. 4, julio-agosto de 1987, p. 269.

ACTIVIDADES PROMOCIONALES DE APOYO PERMANENTE
A LA CAMPAÑA
NACIONAL DE HIDRATACION ORAL EN DIARREA*



1986

1986/1987

Continúa...

* TOMADO DE: SSA, SSS, DES. Informe Técnico sobre los Avances obtenidos en la ejecución del Programa de Comunicación Educativa en apoyo a la Campaña Nacional de Hidratación Oral en Diarreas en México, mimeo, noviembre de 1988.

CONVENIO
DE
COOPERACION
SSA/AID

Mayo 1987

Objetivos

1. Disminuir los índices de morbilidad
2. Promover la participación de las madres con hijos menores de 5 años de edad
3. Transferir conocimientos para identificar signos y síntomas de la deshidratación.
4. Promover a través de una nueva presentación, la preparación y administración adecuada de los electrolitos orales.

METAS

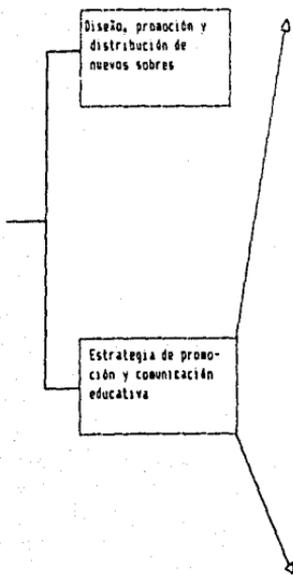
1. Elevar a un 25% el uso de la terapia de hidratación oral

Seminario Taller sobre los nuevos sobres de la terapia de hidratación oral.

- A. Aceptación del nuevo nombre y presentación "VIDA SUERO ORAL"
- B. Homogenización a nivel nacional de los criterios para la aplicación de la THO

Junio/julio 1987

Continúa.....



- 1 Carteles promocionales 15,000 ejemplares.
- 1 Carteles depachadores 10,000 ejemplares.
- 1 Trípticos THO 1,250,000 ejemplares.
- 1 Fotonovela "Un caso de deshidratación" 15,000 ejemplares
- 1 Rotafolios 300 ejemplare
- 1 Manual de Educación para la salud, fascículo "enfermedades diarreicas", 10,000 ejemplares.
- 1 Guía sobre THO para el promotor social voluntario 9,500 ejemplares
- 1 Mensaje de TV de 30 segundos (dibujos animados).
- 1 55 radiodifusores D.F. 860 radiodifusoras en el interior de la República
- 1 Documental de cine rural con duración de de 2'30".
- 1 Exhibido en 650 cines de zonas suburbanas y en 10,500 pueblos y rancherías.
- 1 Cursos de capacitación 9 eventos
- 1 Entrevistas en radio y TV, 14.
- 1 Boletines de prensa no determinados en número

COBERTURA NACIONAL
 31 ENTIDADES FEDERATIVAS
 1 DISTRITO FEDERAL

nov. 1987/nov. 1988

CUADRO No. 13

ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACION JURISD. S. S. A.	NUMERO DE UNIDADES AT'N MEDICA	POSTERS	TRIPTICOS	BESPACHA-DORES	FOTO NOVELA	CUADERNO LAYESIDE	SOBRES	%	
AguasCalientes	629,557	5	31	150	12,500	100	150	600	15,000	1.0
Baja California N	1,328,687	3	44	225	18,750	150	225	900	22,500	1.5
Baja California S	279,299	4	28	75	6,250	50	75	300	7,500	0.5
Campeche	531,315	4	41	150	12,500	100	150	600	15,000	1.0
Coahuila	1,806,742	15	62	300	25,000	200	300	1,200	31,000	2.0
Colima	398,310	3	37	75	6,250	50	75	300	7,500	0.5
Chiapas	2,392,817	9	119	450	37,500	300	450	1,800	45,000	3.0
Chihuahua	2,168,796	9	122	450	37,500	300	450	1,800	45,000	3.0
Distrito Federal	9,931,413	16	329	1,875	156,250	1,250	1,875	7,500	187,500	12.5
Durango	1,328,143	4	83	300	25,000	200	300	1,200	30,000	2.0
Guanajuato	1,389,816	6	211	600	50,000	400	600	2,400	60,000	4.0
Guerrero	2,423,693	6	157	450	37,500	300	450	1,800	45,000	3.0
Hidalgo	1,745,362	10	116	300	25,000	200	300	1,200	30,000	2.0
Jalisco	4,972,334	11	132	900	75,000	600	900	3,600	90,000	6.0
Edo. de México	10,176,537	19	237	1,950	162,500	1,300	1,950	7,800	195,000	13.0
Michoacán	3,231,040	7	155	600	50,000	400	600	2,400	60,000	4.0
Morelos	1,160,574	4	71	225	18,750	150	225	900	22,500	1.5
Nayarit	813,125	9	71	150	12,500	100	150	600	15,000	1.0
Nuevo León	2,969,161	8	165	525	43,750	350	525	2,100	52,500	3.5
Oaxaca	2,587,836	6	154	450	37,500	300	450	1,800	45,000	3.0
Puebla	3,850,509	24	135	675	56,250	450	675	2,700	67,500	4.5
Querétaro	882,735	4	48	525	43,750	350	525	2,100	52,500	3.5
Quintana Roo	330,769	2	24	75	6,250	50	75	300	7,500	0.5
San Luis Potosí	1,916,177	6	85	300	25,000	200	300	1,200	30,000	2.0
Sinaloa	2,198,803	6	116	450	37,500	300	450	1,800	45,000	3.0
Sonora	1,716,309	18	100	300	25,000	200	300	1,200	30,000	2.0
Tabasco	1,228,762	17	131	225	18,750	150	225	900	22,500	1.5
Tamaulipas	2,176,885	8	153	450	37,500	300	450	1,800	45,000	3.0
Tlaxcala	633,111	4	56	150	12,500	100	150	600	15,000	1.0
Veracruz	6,258,868	9	287	1,200	100,000	800	1,200	4,800	120,000	8.0
Yucatán	1,230,059	3	40	225	18,750	150	225	900	22,500	1.5
Zacatecas	1,226,876	7	83	225	18,750	150	225	900	22,500	1.5
Totales	77,938,282	266	3,340	15,000	1,250,000	10,000	15,000	60,000	1,500,000	100

ELABORADO DE: Academia para el Desarrollo Educativo. "Vide Suera oral", Programa de Lanzamiento, preparado por Jorge E. Ferrer, mayo, abril 1988.

PORCENTAJE DE MATERIALES IMPRESOS QUE LE CORRESPONDE
A CADA ESTADO DE LA REPUBLICA

1 9 8 8

ENTIDAD FEDERATIVA	POBLACION	NUMERO DE MUNICIPIOS	NUMERO DE		DISTRIBUCION DE MATERIAL
			JURISDIC. S.S.A.	UNIDADES DE AT'N MEDICA S.S.A.	
AguasCalientes	629,557	9	5	31	1.0
Baja California N	1,328,687	4	3	44	1.5
Baja California S	279,299	3	4	28	0.5
Campeche	533,315	8	4	41	1.0
Coahuila	1,806,742	38	15	82	2.0
Colima	398,330	10	3	37	0.5
Chiapas	2,392,817	111	9	119	3.0
Chihuahua	2,188,796	67	9	122	3.0
Distrito Federal	9,931,413	16 1	16	229	12.5
Durango	1,328,143	38	4	83	2.0
Guanajuato	3,389,618	46	6	211	4.0
Guerrero	2,423,693	75	6	159	3.0
Hidalgo	1,745,362	84	10	116	2.0
Jalisco	4,972,394	124	11	132	6.0
Edo. de Mexico	10,176,537	121	19	257	13.0
Michoacán	3,233,046	113	7	155	4.0
Morales	1,160,574	33	4	71	1.5
Nayarit	813,125	10	9	71	1.0
Nuevo León	2,969,161	51	8	165	3.5
Oaxaca	2,587,836	570	6	154	3.0
Puebla	3,850,509	217	24	155	4.5
Querétaro	882,735	18	4	48	3.5
Quintana Roo	330,769	7	2	24	0.5
San Luis Potosí	1,916,177	56	6	85	2.0
Sinaloa	2,198,803	17	6	116	3.0
Sonora	1,716,309	69	18	100	2.0
Tabasco	1,228,762	17	17	131	1.5
Tamaulipas	2,176,885	43	8	153	3.0
Tlaxcala	632,111	44	4	55	1.0
Veracruz	6,258,868	203	9	282	8.0
Yucatán	1,230,039	106	3	40	1.5
Zacatecas	1,228,876	56	7	83	1.5

(1) Cifra proporcional en base a datos de población

TOMADO DE: Dirección de Educación para la Salud

CONDIC No. 10

Secretaría de Salud
Dirección General de Comunicación Social
Dirección de Informasón
Subdirección de Producción
Departamento de Prensa
Reserva Especial de Publicaciones "Prensa de Contacto"

FECHA DEL 1 AL 30 DE ABRIL 1968

P R E S Y I S T O M

FOLEO

CAMPAÑA	ESQUEMA	ETAPA	FECHA DE COLECTA DE TRANSMISIÓN	FECHA DE PRODUCCIÓN	FECHA DE POSTPRODUCCIÓN	FECHA DE ENVÍO	F E C H A D E D I F U S I Ó N			NÚM. DE TELEVISORES		IMPACTOS ESTIMADOS POR ESTACIÓN	TOTAL DE IMPACTOS DURANTE EL PERIODO DE DIFUSIÓN	TOTAL DE HRS. DE DIFUSIÓN			
							D.F.	DÍAS	PROVINCIA	DÍAS	D.F.			PROV.	D.F.	PROV.	
INFORMACIÓN DIAL	NACIONAL	DIFUSIÓN	20 DE MARZO DE 68	20 DE MARZO DE 68	26 DE MARZO DE 68	15 DE ABRIL DE 68	18 DE ABRIL AL 20 DE JUNIO DE 68	18	14 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 68	46	4	58	5	1764	17052	14,7	147,1

CUADRO No. 16

C A U S A*	CLAVE CIE	TOTAL	TOTAL**
Infección intestinal mal definida	16	33,703	45.16
Neumonía	321	26,063	34.92
Diabetes Mellitus	181	16,880	25.30
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	347	16,609	25.25
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	E471	14,473	19.39
Infarto agudo del miocardio	270	14,133	19.94
Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente	E55	12,918	17.31
Hipoxia, asfisia y otras afecciones respiratorias del feto o recién nacido	454	11,882	16.92
bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	323	11,396	15.27
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	350	7,355	9.85
Tuberculosis pulmonar	20	5,797	7.77

*FUENTE: S.P.F.-INEGI.- Dirección General de Estadística,
tabulación 5. México, noviembre 1987.

** tasa por 100,000 habitantes.

CUADRO No. 17

C A U S A*	CLAVE CIE	TOTAL
Infecciones respiratorias agudas	460-466	7,554,683
Enteritis y otras enfermedades diarréicas	008-009	2,401,468
Parasitosis intestinales	121-127-129	996,545
Ambiasis	006	644,548
Faludismo	084	130,915
Influenza	487	105,793
Angina estreptocócica y escarlatina	034	96,857
Dermatofitosis y dermatomicosis	110-111	90,900
Varicela	052	83,937
Neumonías	480-486	70,442

ESTRUCTURA DEL AREA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y EDUCACION DEL PERSONAL DE LA COMPAÑIA
SEGUN ENTIDAD FEDERATIVA Y ASES DE SERVICIO

ENTIDAD FEDERATIVA	Nivel Educativo que ocupa el Area de Educacion para la Salud en el Estado	Area inmediata superior de la que depende educacion para la salud	Oficinas o secciones que integran el Area de Educacion para la Salud	Funcionarios en cargo	Total de Personal nivel central estatal	Observaciones
AGUASCALIENTES	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Educ.		1 jefe	1 elemento	4 elementos
BASO CALIFORNIA	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación, Deseño	2 jefes	2 jefes	1 elemento
BASO CALIFORNIA S.P.	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Apoyo administrativo, Seminario Basico, Org. Comunitaria, Educacion para la salud	2 jefes	5 elementos	Seo Oficinas con sus Funcionarios
CAMPECHE	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Musica	No especifica	1 elemento	
COAHUILA	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nosotros	7 jefes	4 jefes	1 elemento
COLIMA	Defensoria de Departamento	No Especifica	Nutricion, Comunicacion, Seminario Basico, Accion Comunitaria	1 jefe	5 elementos	
CHIHUAHUA	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Artes graficas, Promocion	2 jefes	10 elementos	
CHIHUAHUA	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nutricion, Promocion para la Salud, Accion Comunitaria	4 jefes	4 elementos	
DISTRITO FEDERAL	Defensoria de Departamento	No Especifica	Seo grupos de teatro infantil	4 jefes	7 jefes	No especifica
DURANGO	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nutricion, Seminario Basico	16 jefes	2 jefes	4 elementos
GUANAJUATO	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación, Experiencias, Deseño	5 jefes	4 jefes	5 elementos
GUERRERO	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nutricion, Desarrollo Comunitario, Organizacion y Participacion Comunitaria	4 jefes	4 jefes	4 elementos
HIDALGO	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Accion Comunitaria	4 jefes	4 jefes	2 elementos
JALISCO	Se presenta por visitador					
MEXICO	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nutricion, Com. Social, Seminario Basico, Accion Comunitaria	6 jefes	24 elementos	
MICHOCAN	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación, Seminario Basico, Experiencias, Deseño	2 jefes	6 elementos	
MORELOS	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nutricion, Seminario Basico, Deseño	2 jefes	4 elementos	
NAYARIT	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación, Promocion	1 jefe	3 jefes	3 elementos
NUEVO LEON	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nutricion, Comunicacion, Seminario Basico, Deseño	1 jefe	12 elementos	
OAXACA	Defensoria de Departamento	Subdefensoria de Salud Publica	Comunicación, Deseño, Educacion	1 jefe	4 jefes	4 elementos
PUEBLA	Defensoria de Asesoría	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Promocion en la Salud	16 jefes	2 jefes	1 elemento
QUERETARO	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nutricion, Seminario Basico, Organizacion, Comunitaria	6 jefes	4 elementos	
QUINTANA ROO	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Nutricion, Promocion, Educacion, Participacion Comunitaria	1 jefe	5 elementos	
SAN LUIS POTOSI	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Promocion y Organizacion Comunitaria, Nutricion	6 jefes	No especifica	
SINALOA	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Seminario Basico, Organizacion y Desarrollo Comunitario, Comunicacion	2 jefes	4 elementos	
SONORA	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación, Deseño	2 jefes	3 elementos	
TABASCO	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación, Seminario Basico	1 jefe	11 elementos	
TAMOLIPAS	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación en Programas, Normas, Administracion y Experiencias	1 jefe	2 elementos	
TLAXCALA	Defensoria de Departamento	No especifica	Musica	1 jefe	1 elemento	
VERACRUZ	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación, Accion Educativa, Seminario Basico	3 jefes	4 elementos	
YUCATAN	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Comunicación	2 jefes	2 elementos	
ZACATECAS	Defensoria de Departamento	Subjef. de Coord. y Serv. de Salud	Accion Comunitaria, Metas Administrativas, Serv. de Promocion, Comunicacion, Comunitaria	No especifica	4 elementos	

OBSERVACIONES: El 90% de los Estados tienen un Departamento de Promocion y Educacion para la Salud, asimismo el Area especifica de Educacion para la Salud en nivel de Defensor de Oficina.

CUADRO No. 19

P R O G R A M A	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Inaunizaciones	43.75 %	43.75 %	40.62 %	68.75 %	59.37 %	50.00 %
Enfermedades crónico-degenerativas (fiebre reumática, cáncer cérvico-uterino y mamario, hipertensión arterial, diabetes mellitus)	9.35 %	12.50 %	12.50 %	18.75 %	18.75 %	15.62 %
Materno infantil	3.12 %	3.12 %	3.12 %	6.25 %	6.25 %	3.12 %
Diarreas, gastroenteritis, hidratación oral, fiebre tifoidea	15.62 %	21.87 %	12.50 %	28.12 %	28.12 %	28.12 %
Control sanitario, mejoramiento del ambiente, saneamiento básico	34.37 %	34.37 %	46.87 %	46.87 %	56.25 %	53.12 %
Enfermedades respiratorias agudas	9.37 %	9.37 %	6.25 %	9.27 %	15.62 %	18.75 %
Farmacodependencia, Alcoholismo	6.25 %	6.25 %	12.50 %	21.87 %	21.87 %	28.12 %
Nutrición	34.37 %	28.12 %	31.25 %	28.12 %	40.62 %	28.12 %
Planificación familiar	31.25 %	31.25 %	34.37 %	43.75 %	46.87 %	43.75 %
Paludismo	18.75 %	18.75 %	15.62 %	25.00 %	21.87 %	28.12 %
Dengue	18.75 %	21.87 %	21.87 %	18.75 %	21.87 %	25.00 %
Rabia	15.62 %	15.62 %	15.62 %	25.00 %	34.37 %	28.75 %
Enfermedades transmisión sexual	18.75 %	18.75 %	15.62 %	9.37 %	12.50 %	15.62 %
Oncocercosis	3.12 %	3.12 %	3.12 %	3.12 %	3.12 %	3.12 %
Automedicación	3.12 %	3.12 %	3.12 %	3.12 %	6.25 %	9.37 %
Prevención de Accidentes	5.12 %	9.37 %	3.12 %	9.37 %	25.00 %	21.87 %
Salud bucal	18.75 %	9.37 %	12.50 %	18.75 %	12.50 %	15.62 %
Salud Mental	6.25 %	6.25 %	6.25 %	3.12 %	3.12 %	- %
SIDA	- %	- %	3.12 %	6.25 %	12.50 %	9.37 %
Otros	20.00 %	21.87 %	28.12 %	28.12 %	37.50 %	31.25 %

CUADRO No. 20

PROGRAMAS DE SALUD A LOS QUE SE DIO MAYOR IMPORTANCIA
EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA 1983-1984

1983

- 1o. Inmunizaciones (43.75%)
- 2o. Control sanitario, mejoramiento del ambiente, saneamiento básico (34.72%)
- 3o. Nutrición (34.25%)
- 4o. Planificación Familiar (31.25%)
- 5o. Otros (20.0%)

1984

- 1o. Inmunizaciones (43.75%)
- 2o. Control sanitario, mejoramiento del ambiente, saneamiento básico (34.72%)
- 3o. Planificación familiar (31.25%)
- 4o. Nutrición (28.12%)
- 5o. Diarreas, gastroenteritis, hidratación oral, fiebre tifoidea (21.87%) (junto con dengue y otros programas)

1985

10. Control sanitario, mejoramiento del ambiente, saneamiento básico (46.87%)
20. Inmunizaciones (40.62%)
30. Planificación familiar (34.37%)
40. Nutrición (31.25%)
50. Otros (28.12%)

1986

10. Inmunizaciones (68.75%)
20. Control sanitario, mejoramiento del ambiente, saneamiento básico (46.87)
30. Planificación familiar (43.75%)
40. Diarreas, gastroenteritis, hidratación oral, fiebre tifoidea (28.12%) (junto con nutrición y otros programas)
50. Paludismo (25.0%) (junto con otros programas)

1987

10. Inmunizaciones (59.37%)
20. Control sanitario, mejoramiento del ambiente, saneamiento básico (56.25%)
30. Planificación familiar (46.87%)
40. Nutrición (40.62%)
50. Otros (37.50%)

1988

10. Control sanitario, mejoramiento del ambiente, saneamiento básico (53.12%)
20. Inmunizaciones (50.0%)
30. Planificación familiar (43.75%)
40. Otros (31.25%)
50. Rabia (28.75%)

ELABORADO con datos de: SECRETARIA DE SALUD. SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD: La educación para la salud en México, 1983-1988. Realizaciones y perspectiva, Dirección de Educación para la Salud, noviembre 1988, mimeo.

RECURSOS FINANCIEROS ASIGNADOS AL PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD
SEGUN ENTIDAD FEDERATIVA Y AÑO

ENTIDAD FEDERATIVA	1983	1984	1985	1986	1987	1988	SUFICIENTE O NO	TOTAL	OBSERVACIONES
Aguascalientes	1,864,000	85,000	3,293,000	4,600,000	-	-	-	11,842,000	B7 + B8 no coincide P. IV-51
Baja California	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baja California Sur	4,078,000	187,000	6,556,000	5,100,000	-	-	NO	16,921,000	Se coincide Programa IV-01
Bahia de los Angeles	-	-	-	-	-	-	-	-	Se desconoce
Baja Verapaz	-	-	-	-	-	-	-	-	No se cuenta con presupuesto
Belize	-	150,000	1,030,000	2,000,000	3,000,000	10,000,000	NO	21,750,000	-
Bolivia	1,500,000	1,610,000	4,000,000	10,000,000	40,000,000	100,000,000	NO	217,500,000	No alcanza para nuevo material
Bolivia (Distrito)	-	-	-	-	-	-	-	-	No alcanza
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	Se desconoce
Campania	1,190,000	3,274,000	4,532,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	NO	52,000,000	Falta equipo e implementos
Campania (Guaymas)	620,000	1,747,000	2,644,000	3,000,000	-	-	NO	9,931,000	Presupuesto asignado a cifras.
Campania (Guaymas)	-	15,435,000	14,682,000	20,000,000	20,176,000	15,000,000	-	76,248,000	-
Campania (Toluca)	126,400	90,000	94,000	10,470,000	-	-	-	11,620,400	Se coincide report (37/88)
Campania (Toluca)	3,612,400	7,500,000	10,740,000	14,000,000	40,000,000	100,000,000	NO	212,452,400	No cubre las necesidades
Campania (Toluca)	-	-	1,120,000	2,100,000	3,000,000	9,000,000	NO	15,240,000	Los recursos son insuficientes
Campania (Toluca)	2,000,000	-	-	-	-	-	-	2,000,000	No alcanza
Campania (Toluca)	101,000	1,431,000	18,987,000	7,400,000	1,000,000	1,000,000	NO	32,819,000	En 1985 el Presupuesto fue suficiente
Campania (Toluca)	482,000	804,000	3,976,000	10,000,000	-	-	NO	15,222,000	B7 + B8 no coincide con Verano al presupuesto
Campania (Toluca)	103,400	948,000	-	2,400,000	-	-	NO	4,221,400	No cubre recursos ES. 87/88
Campania (Toluca)	1,989,700	2,677,000	5,128,000	9,940,000	10,470,000	1,000,000	NO	41,440,200	-
Campania (Toluca)	-	-	-	-	-	-	-	-	No alcanza
Campania (Toluca)	-	-	1,950,000	3,900,000	-	-	NO	5,850,000	B7-B8 coincide IV-01 ES 84
Campania (Toluca)	-	-	-	-	-	-	-	-	Sin presupuesto
Campania (Toluca)	-	-	-	-	-	-	-	-	No alcanza
Campania (Toluca)	-	-	-	-	-	-	-	-	No alcanza
Campania (Toluca)	2,951,000	9,915,000	11,276,000	46,100,000	101,000,000	114,000,000	NO	295,422,000	-
Campania (Toluca)	1,188,000	33,000	-	5,000,000	1,000,000	-	-	6,221,000	No alcanza el su suficiente o no
Campania (Toluca)	4,571,000	30,000	2,816,000	5,100,000	101,000,000	107,000,000	NO	420,783,000	B8 si fue suficiente
Campania (Toluca)	9,118,700	7,644,000	4,647,000	5,794,000	3,974,485	12,717,000	NO	43,845,674	-
Campania (Toluca)	-	-	-	-	-	-	-	-	No alcanza
Campania (Toluca)	10,000	2,000,000	2,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000	-	74,000,000	-
T O T A L	30,812,147	122,263,341	107,278,700	224,936,000	348,247,894	748,116,700	-	1,821,488,127	-

FIGURA 1

Relaciones entre Educación no formal,
informal y formal*

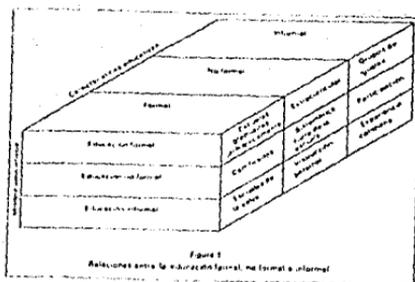
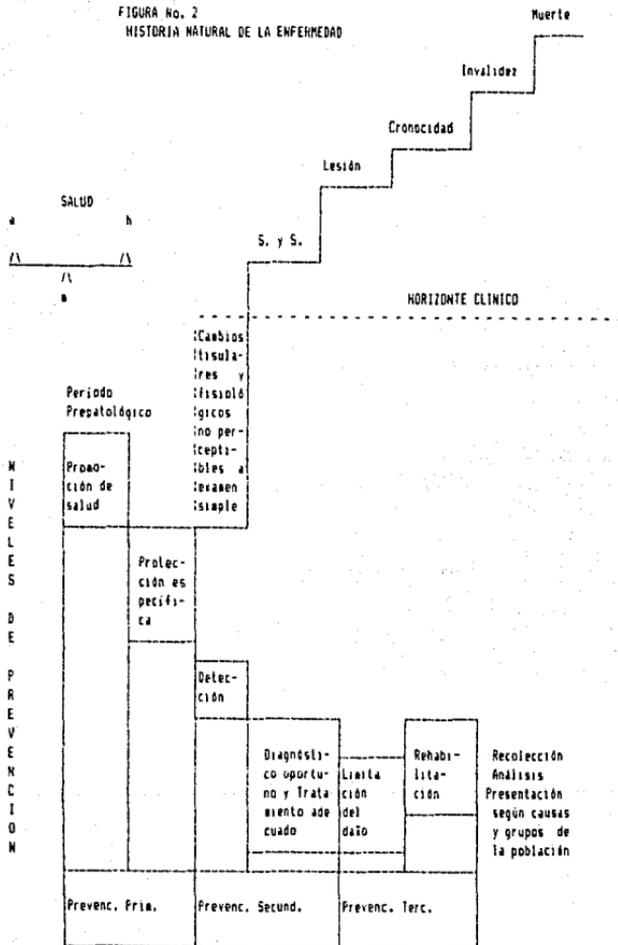


Figura 1
Relaciones entre la educación formal, no formal e informal

* Respecto a esta figura, La Belle señala: "Quisiéramos que la figura 1 fuera una herramienta heurística y no un mecanismo para categorizar todo el fenómeno educativo. Por lo tanto, su objetivo es mostrar las interrelaciones entre los modos e informarnos sobre las posibilidades propias de cada uno" (p. 46) LA BELLE, Thomas, Educación no formal y cambio social en América Latina, Tr. Ma. Elena Vela, Edit. Nueva Imagen, Ia. Edic. en español, 1980, 288 p.

FIGURA No. 2
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

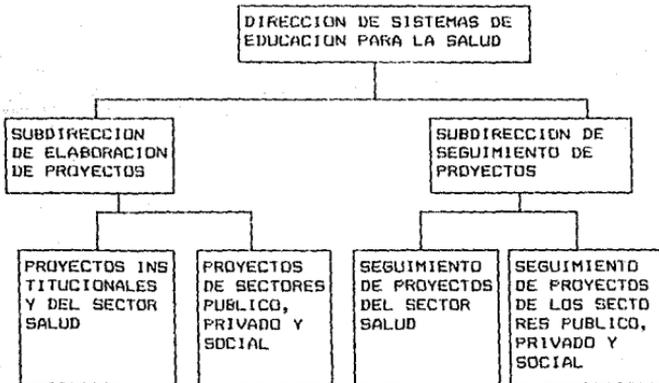
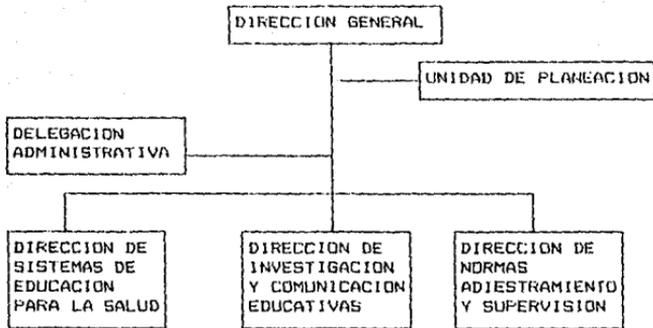


a= agente, m= medio, h= huésped

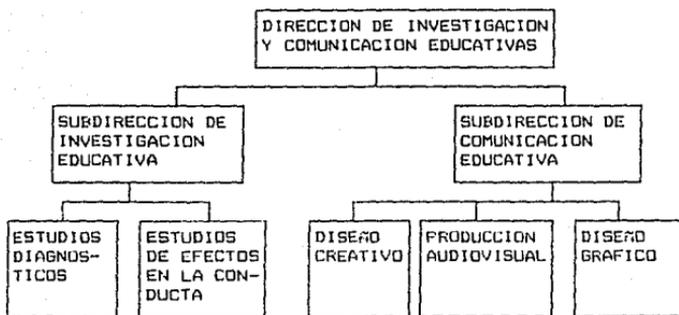
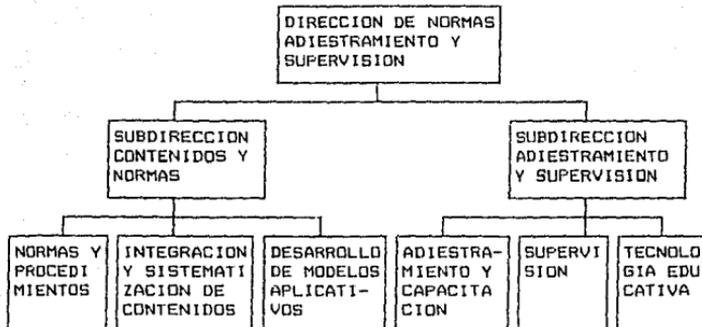
Tomado de ESPINOZA Y DE LEÓN, Victor Manuel. Prevención para la Salud. Editor Francisco Méndez Cervantes, 1a. Edic. 1983, México, p. 17.

Organigrama No. 2

Propuesta de Reestructuración de 1984.



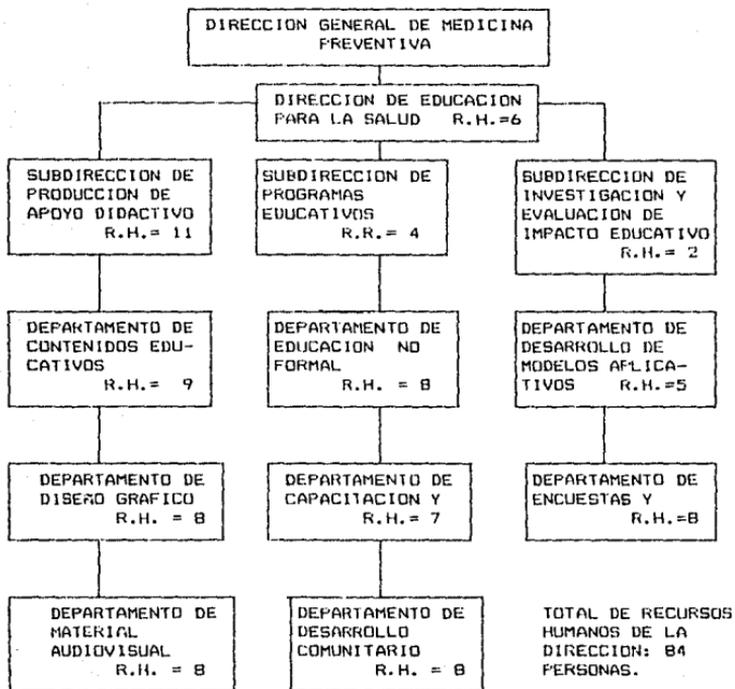
Organigrama No. 2 Cont ...



TOMADO DE : SSA. Dirección General de Educación para la Salud.
Organización propuesta, mimeo, s/f.

Organigrama No. 3

ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCION DE
EDUCACION PARA LA SALUD
1985-1988



* Incluye 7 personas del Area de Apoyo Administrativo.

TOMADO DE: SSA. Subsecretaria de Servicios de Salud, Dirección de Educación para la Salud. Informe de Actividades 1987, Abril 1988.

ANEXO #1
MARCO JURIDICO DE LA EDUCACION PARA LA
SALUD EN MEXICO

El marco jurídico de la educación para la salud en nuestro país lo conforman la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, La Ley General de Salud, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Código Sanitario, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y la Norma Técnica No. 279.

En lo referente a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Art. 4o. párrafo tercero, se consagra el Derecho a la Salud como una garantía social: "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 a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución" (1).

Por su parte, la Ley General de Salud en su Título Primero señala lo siguiente:

"Art. 22. el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud" (2).

Además, en el Art. 39., fracción XI, se señala que es materia de salubridad general, la educación para la salud.

Por otra parte, en el Título Tercero referente a la Prestación de Servicios de Salud, en el Art. 27, fracc. I, se establece que "para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de Salud los referentes a:
I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del

ambiente; (3).

El título Séptimo de la Ley General de Salud, titulado "Promoción de la Salud", establece lo siguiente:

"Art. 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actividades, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

ART. III. La promoción de la salud comprende:

- I. Educación para la salud.
- II. Nutrición.
- III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- IV. Salud ocupacional".

El capítulo II de este mismo Título, se refiere específicamente a Educación para la salud y señala:

"Art. 112. La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Art. 113. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del Sector Salud, formulará, propondrá y desarrollará los programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población".

De igual manera, la Ley General de Salud, contempla a la educación y al uso de los medios masivos en los siguientes rubros, correspondientes al Título Décimo Primero: "Programas Contra las Adicciones".

En cuanto al Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, en la fracción II del artículo 185, se indica que este programa comprenderá entre otras acciones "La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos

individuales, sociales o de comunicación masiva" (4).

Asimismo, en el Capítulo II de este título, dedicado al Programa contra el Tabaquismo, en la fracción II del Art. 188 se señala que éste contempla "La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos" (5).

De igual forma, en el Programa contra la Farmacodependencia (Capítulo III, artículo 191, fracciones II y III) se plantean: "La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y

La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento" (6).

Por otra parte, la tercera base jurídica de la educación para la salud la encontramos en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la cual en su artículo 39, fracciones XVI y XVII establece lo siguiente:

"Art. 39. A la Secretaría de Salud corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

XVI. Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afectan la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad;

XVII Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo" (7).

A su vez, el Código Sanitario constituye la cuarta fundamentación jurídica de la tarea que nos ocupa. Este Código establece:

"Art. 33 En los programas de promoción de la salud que formule la Secretaría de Salubridad y Asistencia dará atención preferente a la educación para la salud de la población, con el fin de crear y mantener en ella hábitos que beneficien la salud individual y colectiva.

Art. 34 La Secretaría de Salubridad y Asistencia, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, formulará programas educativos populares para la prevención de enfermedades, asistencia médica y rehabilitación, especialmente en lo referente a salud materno-infantil, salud mental, mejoramiento del ambiente, nutrición, accidentes y responsabilidad y

planeación familiar, atendiendo a principios científicos y éticos.

Art. 35 A fin de lograr el propósito señalado en el artículo 33, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en coordinación con la SEP, en su caso, deberá:

- I. Realizar investigaciones en el campo de la educación para la salud;
- II. Fijar las normas generales para impartir la educación higiénica;
- III. Promover e impartir adiestramiento al personal encargado de la educación higiénica;
- IV. Asesorar en materia de información, vigilar y supervisar sobre la propaganda y la educación para la salud que se impartan por instituciones públicas y particulares;
- V. Preparar programas específicos de educación popular para la salud y proporcionar el material educativo adecuado;
- VI. Coordinar sus actividades con las de los demás integrantes del sector público federal y las instituciones de los sectores social y privado interesadas en impartir educación para la salud, y
- VII. Efectuar las demás tareas que estime conveniente en materia de educación para la salud.

Art. 36. El material publicitario comercial que se refiera a la salud, a la curación de las enfermedades, al ejercicio

de las disciplinas para la salud, así como al uso de los productos a que se refiere el Título Undécimo, deberá enviarse a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para su autorización.

Quedan sujetos a este control todos los materiales de propaganda, incluyendo los empleados para demostraciones objetivas, exhibiciones y exposiciones, cualquiera que sea el procedimiento utilizado para su difusión.

Art. 37. La Secretaría de Salubridad y Asistencia no autorizará la publicidad o propaganda que desvirtúe o contrarie las disposiciones que se dicten sobre educación sanitaria, sugiera al público prácticas abortivas, el uso de estupefacientes o de sustancias psicotrópicas o que en general atenten contra la salud.

La publicidad o propaganda de las bebidas alcohólicas y del tabaco se ajustará a lo autorizado por la propia Secretaría en los términos de este Código y sus reglamentos". (B).

Por su parte, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del 19 de agosto de 1981, señala:

"Art. 24. La Dirección General de Medicina Preventiva tiene competencia para:

- XIII . Promover la formulación y desarrollo, así como supervisar y evaluar los programas de Educación para la Salud;
- XIV. Elaborar las normas para el diseño y formulación de los programas de educación para la salud y desarrollar normas de comunicación social en la materia.
- XV. y coordinar la producción de material educativo y la participación de la Secretaría con otras dependencias o entidades Públicas y con los sectores social y privado, en materia de educación para la salud" (9).

Finalmente, encontramos que el 18 de febrero de 1988 en el Diario Oficial se publica la Norma Técnica No. 279 de educación para la Salud, constituida por cuatro capítulos referentes a Disposiciones Generales, Programación de las Acciones, Comunicación Educativa y Capacitación del Equipo de Salud.

En el primer capítulo se señala:

"Art. 1. Esta Norma Técnica, tiene por objeto uniformar los criterios de operación de las acciones de educación para la salud.

Art. 2. Esta Norma Técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país, obliga también a aquellas instituciones e individuos que proporcionen educación para la salud."

En el Art. 12, Capítulo 2, se menciona que la programación

de las acciones se establecerá en base a una serie de elementos, entre los que destaca el uso de medios de comunicación colectiva para reforzar las acciones educativas.

Aunado a lo anterior, en el Art. 17, referente también a los medios de comunicación colectiva (radio, televisión, cine y prensa) señalan que "se utilizan para reforzar las acciones educativas y principalmente cuando se dirigen a grupos de población grandes y heterogéneos, y determina su empleo la Secretaría de Salud en coordinación con las instituciones que conforman al sector y otros sectores". Por su parte, el Art. 18 agrega que "Para el uso de los medios de comunicación colectiva se atenderá lo dispuesto por la Secretaría de Gobernación".

Por último, en el capítulo III referente a Comunicación Educativa, se señala:

"Art. 24 La Comunicación educativa tiene por objeto difundir conocimientos en relación con la salud, a través de las siguientes acciones:

- Promoción y
- Producción y uso de material auxiliar".

En cuanto a la promoción, ésta se lleva a cabo a través de la organización de grupos, distribución de impresos, pláticas, demostraciones y orientación a la población, visitas domiciliarias y otras que se considere pertinente. Esta acción la realizan promotores institucionales, promotores voluntarios, auxiliares de salud y educadores para la salud.

Por su parte, en la producción de material auxiliar, señalan que se debe tomar en cuenta las características del programa o acción de salud al cual se destina, características de la población a la que se dirigen, posibilidades económicas y técnicas de la región y adecuación de contenidos técnicos a lenguaje cotidiano, ya sea oral, escrito y/o visual, comprensible a quienes va dirigido.

Finalmente, en cuanto a contenidos y quiones educativos para radio, televisión y cine, se elaborarán de acuerdo a los lineamientos del programa de salud correspondiente.

CITAS ANEXO No. 1

- (1) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- (2) SSA. Ley General de Salud, cuadernos de Divulgación Legislativa, vol. II, No. 2, 1984, p. 43.
- (3) Ibidem, p. 49.
- (4) Ibidem, p. 66.
- (5) Ibidem, p. 67.
- (6) Ibidem.
- (7) Dirección de Educación para la Salud. Taller de Actualización de Educación para la Salud, documento interno de trabajo elaborado por José Luis Mendoza, mimeo, s/p. 1986.
- (8) SSA. Dirección General de Educación para la Salud, Normas de Educación para la Salud, México, 1980. Citas textuales tomadas del Diario Oficial, tomo CCCXVII, No. 8, p. 19-20, publicado el martes 13 de marzo de 1973.
- (9) Dirección de Educación para la Salud, Taller de Actualización de... op. cit., s/p.

ANEXO No. 2

CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO DE EDUCACION
PARA LA SALUD EN MEXICO*

1. Se carece de un marco conceptual de la educación para la salud que dé congruencia a las acciones que se emprenden;
2. No existe un sistema de educación para la salud que vincule actores y acciones en torno a un propósito común;
3. No se ha desarrollado un esfuerzo programático basado en una metodología común, que permita la evaluación posterior de las acciones.
4. No se ha comprendido con nitidez a la educación para la salud como programa prioritario. Muchas áreas sustantivas del sector consideran este Programa como de "apoyo publicitario".
5. La educación para la salud está mal definida e identificada dentro de la apertura programática, y también lo están sus unidades de medida.
6. Existe en los capítulos presupuestales, ausencia de partidas para la elaboración de material didáctico, lo que confunde su carácter educativo con el puramente promocional o informativo.
7. No existe entre las dependencias que llevan a cabo la educación para la salud en el país, un proceso programático integrado, a través del cual puedan unificarse criterios de operación, distribución de coberturas y sistemas de control

* SSA. Subsecretaría de Investigación y Desarrollo. Dirección General de Educación para la Salud. Programa de Educación para la Salud, marzo 1985.

8. Existe deficiencia numérica y técnica de recursos humanos orientadas en forma específica a la tarea de educación para la salud.
9. Aún no se ha desarrollado la infraestructura estatal capaz de atender las necesidades educativas en salud en cada entidad federativa, impidiendo por lo tanto desconcentrar las funciones aplicativas en su totalidad.
10. Son escasos los auxiliares didácticos, instalaciones y equipo en los niveles jurisdiccional y municipal y por unidad aplicativa, lo cual no permite llevar a cabo las acciones educativas en forma adecuada ante la comunidad.

ANEXO No. 3

DISTRIBUCION POR EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA

EDAD	MUESTRA	EXPANSION MILES	PORCIENTO
0-3 meses	27	131.5	1.3
4-6 meses	52	604.3	5.9
7-11 meses	79	778.5	7.5
SUBTOTAL	158	1.688.5	16.4
1 años	174	2,002.5	19.4
2 años	192	1,013.0	18.5
3 años	193	2,602.4	25.2
4 años	166	2,112.6	20.5
TOTAL	885	10,319.0	100.0

DISPOSICION DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS

DISPOSICION	MUESTRA	PORCIENTO
Excusado con agua corriente	468	53.0
Letrina	85	9.6
Hoyo negro	53	6.0
Suelo	269	30.5
No especificado	8	0.9
TOTAL	883	100.0

DISPONIBILIDAD DE DRENAJE EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS

DRENAJE	MUESTRA	PORCIENTO
CON DRENAJE:		
- Red Pública	408	46.2
- A fosa séptica	85	9.6
- Al suelo	68	7.7
Otros o no sabe	20	2.3
SUBTOTAL:	581	65.8
SIN DRENAJE	302	34.2
TOTAL:	883	100.0

DISPONIBILIDAD DE AGUA ENTUBADA EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS

AGUA ENTUBADA	MUESTRA	PORCIENTO
Dentro de la vivienda	486	55.0
Fuera de la vivienda pero dentro del edificio, vecindad o terreno	151	17.1
Hidrante	20	2.3
No dispone de agua entubada	224	25.4
No especificado	2	0.2
TOTAL	883	100.0

MATERIAL DE CONSTRUCCION DE LOS PISOS EN LAS VIVIENDAS
ENCUESTADAS

MATERIAL	MUESTRA	PORCIENTO
Tierra	223	25.3
Cemento o firme	464	52.5
Recubrimiento	189	21.4
No especificado	7	0.8
TOTAL	883	100.0

NUMERO DE DORMITORIOS EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS

NUMERO DE DORMITORIOS	MUESTRA	PORCIENTO	PORCIENTO ACUMULADO
1	407	46.3	46.3
2	297	33.6	79.9
3	128	14.5	94.4
4	29	3.3	97.3
5 y más	20	2.3	100.0
TOTAL	883	100.0	100.0

NUMERO DE CUARTOS EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS

NUMERO DE CUARTOS	MUESTRA	PORCIENTO	PORCIENTO ACUMULADO
1	291	33.0	33.0
2	276	31.3	64.3
3	172	19.5	83.8
4	72	8.1	91.9
5 y más	72	8.1	100.0
TOTAL	883	100.0	100.0

POBLACION MENOR DE CINCO AÑOS SEGUN
ANTECEDENTES DE DIARREA

ANTECEDENTES DIARREA	MUESTRA	EXPANSION EN MILES	PORCIENTO	
			CRUDO	CORREGIDO
Antecedentes positivos	654	7,609.9	73.7	75.7
Antecedentes negativos	201	2,441.8	23.7	24.3
Se ignora	28	267.3	2.6	2.3
TOTAL	883	10,319.0	100.0	100.0

PERSONAS ENTREVISTADAS SEGUN CONOCIMIENTO ACERCA DEL TERMINO
DESHIDRATACION

CONOCIMIENTO	MUESTRA	EXPANSION EN MILES	PORCIENTO
Si	556	6,782.8	89.1
No	96	827.1	10.9
TOTAL	654	7,609.9	100.0

OPINION ACERCA DE LA RELACION ENTRE
DESHIDRATACION Y DIARREA

RELACION DESHIDRA CION Y DIARREA	MUESTRA	EXPANSION EN MILES	PORCIENTO	
			CRUDO	CORREGIDO
Si	530	6,598.4	97.3	99.7
No	8	56.6	0.7	0.8
No especificado	12	129.8	1.9	
TOTAL	550	6,782.8	100.00	100.0

SUSPENSIÓN DE ALGUN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO EPISODIO
DIARRÉICO EN MENORES DE CINCO AÑOS

SUSPENSIÓN DE ALGUN ALIMENTO	MUESTRA	EXPANSIÓN EN MILES	PORCIENTO
Si	421	4,398.3	65.5
No	215	2,119.3	31.6
No especificado	18	192.3	2.9
TOTAL	654	6,709.9	100.0

PERSONAS SEGUN CONOCIMIENTO DEL SOBRE DE SUERO ORAL

RECONOCIMIENTO DEL SOBRE DE SUERO ORAL	MUESTRA	EXPANSIÓN EN MILES	PORCIENTO
Si	408	5,418.2	71.2
No sabe	246	2,191.7	28.8
TOTAL	654	7,609.9	100.0

LÍQUIDOS ESPECIALES O ADMINISTRATIVOS EN MAYOR
CANTIDAD DURANTE EL ÚLTIMO EPISODIO DIARRÉICO

TIPO DE LÍQUIDOS	MUESTRA EN MILES	EXPANSIÓN	PORCIENTO
Té, agua de arroz.			
atole	338	3,697.7	76.2
Juquos Naturales	89	1,157.9	23.9
Leche	17	592.8	10.4
Refrescos o bebidas preparadas	120	1,142.0	23.5
Agua	182	1,545.8	31.9
Solución casera	49	859.6	17.7
<u>Suero Oral</u>	114	1,127.4	23.2
Oralite o pedialite	58	427.1	8.8
Otro	22	191.7	4.0

CONOCIMIENTO SOBRE LA AYUDA QUE BRINDA EL SOBRE
DE SUERO ORAL EN EL NIÑO CON DIARREA

AYUDA	MUESTRA	EXPANSION EN MILES	PORCIENTO
Si	316	4.426.6	81.7
No sabe	92	991.6	19.3
TOTAL	408	5.418.2	100.0

CONOCIMIENTO ACERCA DE LA FORMA EN QUE ACTUA EL SOBRE
DE SUERO ORAL EN EL NIÑO CON DIARREA

FORMA EN QUE AYUDA SOBRE DE SUERO ORAL	MUESTRA	EXPANSION EN MILES	PORCIENTO
Evita la deshidratación	155	2,295.3	51.9
Repone agua, liquido y sales	82	1,342.2	30.3
Le cura (le para, detiene, quita) diarrea	47	389.4	8.8
La mejora la diarrea	17	247.8	5.6
Otro	15	151.9	3.4
TOTAL	316	4.426.6	100.0

MEDIO POR EL CUAL LAS ENTREVISTADAS CONOCIERON
EL SOBRE DE SUERO ORAL

MEDIO MUESTRA	EXPANSION EN MILES	PORCIENTO	
Personal de Salud:			
Centro de Salud	34	468.1	8.6
Médico	191	2,208.9	40.8
Enfermera	32	295.7	5.5
Partera	1	55.7	1.0
SUBTOTAL	258	3,028.4	55.9
Medios masivos de comunicación:			
Televisión	71	1,574.7	29.1
Radio	20	166.7	3.1
SUBTOTAL	91	1,741.4	32.1
Carteles	5	46.6	0.9
Farmacia	3	67.1	1.2
Familiar	33	306.8	5.7
Otro	18	227.9	4.2
TOTAL	408	5,418.2	100.0

ADMINISTRACION DEL SUERO ORAL EN EL ULTIMO
EPISODIO DIARREICO

TOMO EL SUERO ORAL	MUESTRA	EXPANSION EN MILES	PREVALENCIA DE USO LO CONOCEN TOTAL
SI	2,123.9	37.2	27.9
	224	3,173.0	
No especificado	4	1,170.4	
TOTAL	558	5,418.2	

MOTIVO POR EL CUAL NO SE ADMINISTRÓ EL SUERO ORAL
EN EL ÚLTIMO EPISODIO DIARREICO

MOTIVO MUESTRA	EXPANSION EN MILES	FORCIENTO	FORCIENTO
No lo conocian	24	243.1	7.7
No le tiene confianza	17	119.8	3.8
Ya lo uso antes y no le sirvió	3	34.6	1.1
Le recomendaron otra cosa	34	316.2	10.0
No lo consiguió	22	224.0	7.1
No lo tenia	60	1,585.6	49.3
Otro	64	669.7	21.1
TOTAL	224	3,173.0	100.0

TIPO DE ESTABLECIMIENTO DONDE OBTUVIERON LOS SOBRES
DE SUERO ORAL DURANTE EL EPISODIO DIARREICO

ESTABLECIMIENTO	MUESTRA	EXPANSION EN MILES	FORCIENTO
SSA:			
Encargado de comunidad	7	53.8	1.7
Centro de Salud	42	532.5	16.8
Clinica Hospital	38	413.0	13.0
SUBTOTAL	88	1,029.3	35.6
INSS:			
Clinica complanar	18	165.5	5.2
Clinica u hospital	75	865.8	27.0
SUBTOTAL	93	821.3	26.4
ISSTE:			
Clinica u hospital:	11	65.8	2.1
Consultorio, clinica u hospital privado	10	554.2	17.8
Farmacia	10	252.2	8.0
Tienda	2	10.0	0.3
Otro	10	74.1	2.3
No especificado	6	98.0	3.1
TOTAL	250	2,894.7	100.0

MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE EL ÚLTIMO EPISODIO DIARREICO
EN MENORES DE CINCO AÑOS

MEDIDAS ADOPTADAS	MUESTRA MILES	EXPANSION EN	PORCIENTO
Acudir al médico o enfermera	266	2,958.8	38.9
Iniciar medicamentos	136	1,798.0	23.6
Iniciar líquidos	68	809.8	10.6
Iniciar SRO	34	303.9	4.0
Emplear medicina tradicional	47	519.2	6.8
Suspender alimentos	14	394.0	5.1
Otro	48	502.0	6.6
Nada	31	266.0	3.5
No sabe	10	158.2	2.1
TOTAL	654	7,609.9	100.0

PERSONAL AL QUE SOLICITO AYUDA LA MADRE O ENCARGADA DEL MENOR
DE CINCO AÑOS DURANTE EPISODIO DIARREICO

TIPO DE AYUDA	MUESTRA	EXPANSION EN MILES	PORCIENTO
Familiar	52	420.6	19.8
Vecino o amigo	19	128.9	5.3
Curandero o verbero	19	162.8	4.2
Boticario o farmacéutico	11	190.7	4.9
Partera	3	30.0	0.8
Promotor de salud	7	102.0	2.6
Enfermera	15	142.0	3.7
Médico	280	3,167.5	81.7
Otro	7	45.9	1.2

MEDIDAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS DURANTE EL ULTIMO EPISODIO
DIARREICO EN AQUELLOS CASOS QUE SOLICITARON ALGUN TIPO DE AYUDA

MEDIDAS TERAPEUTICAS	NUESTRA	EXPANSION EN MILES	PORCIENTO
Solución intravenosa	11	49.0	1.3
Oralite o pedialite	72	531.9	13.7
Suero Oral	89	742.5	19.3
Solución Casera	32	270.0	7.0
Refrescos	37	379.3	9.8
Otros	4	12.9	0.3
lé, agua de arroz, atole	97	838.4	21.6
Antibióticos	83	650.4	16.8
Antidiarréicos	115	923.3	23.8
Antidiarréicos con antibióticos	59	1,318.5	34.0
Analgésicos	17	146.2	3.8
Furgantes	4	26.1	0.7
Otro	20	955.8	24.6
Ninguno	9	87.3	2.3

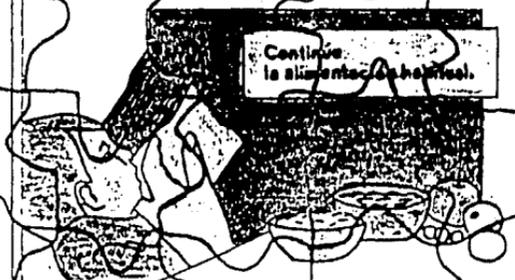
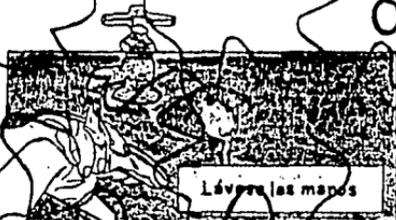


**¡ADQUIERALO GRATUITAMENTE
EN LAS INSTITUCIONES
DEL SECTOR SALUD!**

ANEXO No. 5

TOMADO DE: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección de Educación para la Salud. Modelo de Educación para la Salud a la población en prevención de la deshidratación por diarrea, a través del sobre "VIDA SUERO ORAL", mimeo, México, 1988.

PREPARACION DEL SUERO ORAL



Lakeside*



FARMACEUTICOS LAKESIDE, S.A. DE C.V.

Ante los esfuerzos que el SECTOR SALUD de la República Mexicana realiza en beneficio de la educación para la salud del pueblo de México, FARMACEUTICOS LAKESIDE, S.A. DE C.V., se une a ellos a través de estos libros para colorear.

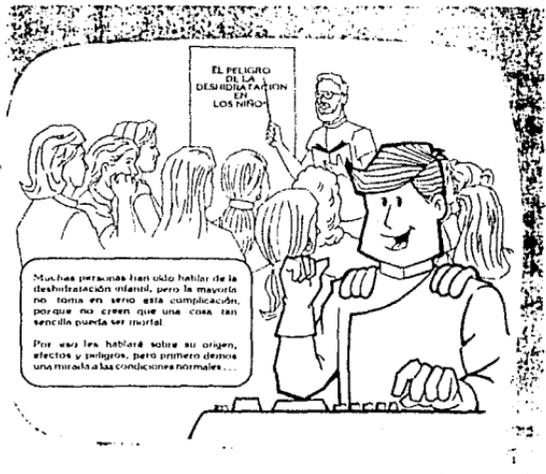
Estamos convencidos de que esta manera amena y sencilla de educar, contribuirá a acrecentar sus conocimientos sobre la conservación de la salud.

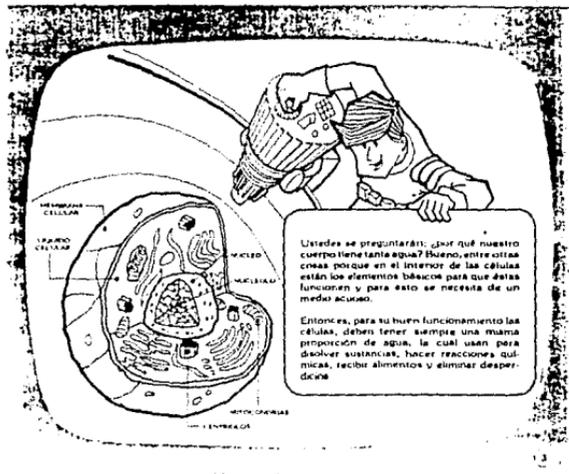
Damos las más cumplidas gracias a la SECRETARIA DE SALUD a través de su DIRECCION GENERAL DE EDUCACION PARA LA SALUD por permitirnos colaborar en este esfuerzo educativo.

Atentamente.

FARMACEUTICOS LAKESIDE, S.A. DE C.V.

EN LA CALLE DE LA SALUD, S/N. COL. SAN PEDRO DE LOS RIOS, MEXICO D.F.
TELÉFONO: 5511 1111

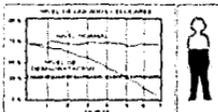




En condiciones normales, todas las células del cuerpo, cuando necesitan agua, la reclaman por medio de la sed, y cuando la tomamos es para reponer el agua desechada por la orina, sudor y materia fecal, así como para reponer la que gastamos al respirar.

Por eso es importante que siempre se mantenga un equilibrio, ya que tanto un nivel excesivo de agua (sobrehidratación) como un nivel deficiente de ella (deshidratación) pueden producir daños a las células, y a la vez un mal funcionamiento de nuestro cuerpo.

Pero, "DESHIDRATACION" no significa solamente pérdida de agua! Es también pérdida de las sales minerales llamadas electrolitos y otras sustancias disueltas en ella.



Ahora podré decirles porqué la deshidratación es peligrosa, porque en grado máximo puede causar graves daños a los órganos y llegar a producir la muerte. Al faltar agua de manera importante, el cuerpo ya no puede tener sus funciones normales y así de los síntomas de deshidratación, que son: sed intensa, falta de apetito, lengua y labios resaca, inquietud, decaimiento, sueño y carácter irritable, al enfermarse tiene cada vez menos, se le ven los ojos hundidos, al pulso débil, en los bebés hay llanto sin lágrimas y la mollera está hundida, la piel presenta al principio un aspecto de trazo mucoso y después se ve resaca, la respiración es profunda y rápida ¡ojalá! que poner mucha atención a estos síntomas desde su inicio, ya que si no se corrigen en los lactantes y en los niños menores de 5 años pueden ser mortales!



Pero, ¿Cuáles son las causas de la deshidratación?

Dijamos que todo lo que causa pérdidas anormales de líquidos del cuerpo o también causas que impiden la ingestión y la absorción natural del líquido para recuperar el nivel de agua en el cuerpo.

Entre las más frecuentes tenemos a la diarrea y el vómito. También pueden llevar a la deshidratación la fiebre, la intoxicación, el sudor intenso, la diabetes mal cuidada, las quemaduras extensas, las intoxicaciones y algunas otras causas.



En México, el mayor número de fallecimientos en niños por deshidratación son causados por las enfermedades gastrointestinales (infecciones) que producen diarrea, ocasionadas por falta de limpieza en los alimentos. La cantidad de niños menores de tres años que mueren por deshidratación en México es de más de 30,000 anuales.

En realidad el fenómeno se presenta por los tres "Grandes Bandidos":

- **Desnutrición**, ya que los niños mal alimentados están más débiles y se enferman con más frecuencia.
- **Diarrea**, ya que los alimentos, agua, bebidas, etc., contaminados causan las infecciones gastrointestinales.
- **Deshidratación**, ya que la diarrea causa que el cuerpo pierda líquidos y electrolitos.

Si la diarrea se descuida, produce pérdida de líquidos y otras sustancias de las células, si a esto le agregamos la falta de asimilación de líquidos debido a vómitos, dietas mal recomendadas, ayuno por falta de apetito o suspensión de los alimentos y pérdidas de agua por la sudoración de la fiebre, se llega a una etapa en la cual se afectan las células, lo que es muy importante para controlar la cantidad de líquidos que debe tener el cuerpo.



Además la sangre se hace más espesa y disminuye su volumen, lo que puede llevar a un estado de choque, o también se pueden formar tapamientos en los vasos sanguíneos pequeños que irrigan órganos importantes, haciendo la vida y provocando a su vez daños mayores, como son la muerte de tejidos o la muerte de la persona.



Como hemos dicho, la mayoría de los casos de diarrea aguda son causados por enfermedades diarréicas agudas de naturaleza infecciosa que se adquieren por agua y alimentos contaminados, falta de aseo de las manos de la gente que prepara los alimentos o de la gente que los consume.

Se considera que hay diarrea, cuando una persona tiene más de dos evacuaciones líquidas o semi-líquidas en 24 horas, y éstas pueden ser desde muy escasas hasta muy abundantes como la diarrea acuosa.

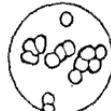
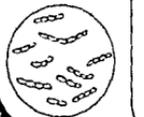
La disentería es una forma de diarrea muy grave que se acompaña de moco y sangre y es producida por varios microbios entre los cuales están las amebas.

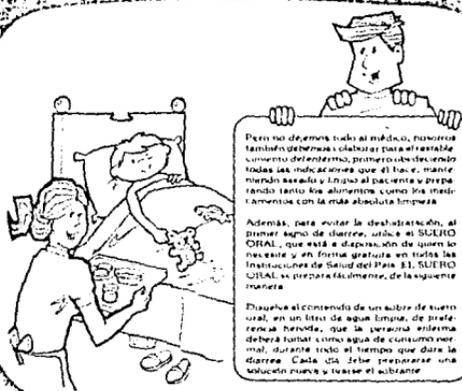


Las infecciones gastrointestinales son causadas por microbios como: virus, bacterias o parásitos.

Por eso es de vital importancia que el doctor elija de las indicaciones necesarias para tratar cualquier tipo de diarrea, ya que no existen recetas de cura para curarla, pues como las causas son múltiples, también los tratamientos, y además cada enfermo es diferente.

- Evita automedicarse
- Y abusar de los antibióticos





Pero no debemos ir al médico, nosotros también podemos colaborar para el estado de ánimo del enfermo, primero obedeciendo todas las indicaciones que el trae, manteniendo sereno y tranquilo al paciente y preparando tanto los alimentos como los medicamentos con la más absoluta limpieza.

Además, para evitar la deshidratación, al primer signo de diarrea, usé el SUIERO ORAL, que está a disposición de quien lo necesita y en forma gratuita en todas las Instituciones de Salud del País. El SUIERO ORAL se prepara fácilmente, de la siguiente manera:

Disuélvase el contenido de un sobre de suero oral, en un litro de agua limpia, de preferencia hervida, que la persona enferma deberá tomar con agua de consumo normal, durante todo el tiempo que dure la diarrea. Cada día debe prepararse una solución nueva y beberse el sobrante.



Este suero preparado al suero es recomendado a niños, como sigue:

- Medio taza (50 a 100 ml) de suero a niños menores de un año después de cada evacuación suelta diarrea.
- Una taza (100 a 200 ml) para niños mayores de un año después de cada evacuación diarrea.
- Si el niño vomita, espere 10 minutos y luego continúe dándole pequeñas cantidades del suero oral.
- El suero debe administrarse poco a poco (con una cucharita para los lactantes, en taza a los niños mayores).
- Entre una toma y otra de suero, deberán dársele otros líquidos.

A los lactantes no se les debe retirar la leche materna, en los niños más grandes, la leche materna se normaliza cuando tome agua y agua o líquido que quiera, como complemento del SUIERO ORAL. Si el niño continúa con diarrea tras dársele el suero y acuda a su médico o Centro de Salud más cercano.



Sólo en caso de no encontrar el **SUERO ORAL** en su Centro de Salud más cercano puede solicitarse que se lo preparen en la botica, de acuerdo con esta fórmula recomendada por la **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**, poniéndolo en un litro de agua lo siguiente:

CLORURO DE SODIO 3.5 g
BICARBONATO DE SODIO 2.5 g
CLORURO DE POTASIO 1.5 g
GLUCOSA 20.0 g

Y recuente que debe disolverse en un litro de agua hervida para dársele tibia o al tiempo al enfermo, en el transcurso de 24 horas.

Espero que sean los consejos del médico al día de la letra y que así contribuya a la salud de sus seres queridos y que todos estén siempre felices.



AHORA BIEN, SIEMPRE ES MEJOR PREVENIR QUE REMEDIAR. AYUDE A EVITAR LA DIARREA CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- Cuide la higiene personal y la limpieza del hogar.
- Lávese las manos después de ir al baño y siempre antes de preparar los alimentos.
- Asegúrese de preparar los alimentos con mucha higiene.
- Asegúrese que su niño esté bien alimentado.
- ¡OJO! Cuidado con los alimentos que consuma fuera del hogar, sólo hágalos en botica y con las condiciones higiénicas adecuadas.

PREPARACIÓN Y USO

	
Lávate las manos	En un litro de agua limpia añade 1 litro de LACTAD de un litro
	
Ofrece a tu mamá (o a tu hijo o a quien quieras) un litro de LACTAD. Así se evita muchas enfermedades.	Continúa la alimentación habitual.

 **GRATIS EN 24 HORAS UN KIT DE LACTAD DE LACTO**
ESTE LACTO CONTIENE UN ANTIBIÓTICO
 Útil para el tratamiento de
 infecciones en niños. Se vende en el Centro de
 Control y Prevención de Enfermedades.



Cuando una planta o su hijo pierden mas agua de lo normal, se secan o deshidratan. Para reponerlos, hay que darles el agua que perdieron.



VIDA -SUERO -ORAL
Así se prepara y se le da al niño



CUANDO CONSULTAR AL MEDICO



Siempre tenga **VIDA-SUERO-ORAL** en casa para mantener a sus hijos sanos y felices.



DIF



VIDA SUERO
SUERO-ORAL
Evita la deshidratación por diarrea



ESPERAR ES ARRIESGAR



¡ADQUIERALO GRATUITAMENTE
EN LAS INSTITUCIONES
DEL SECTOR SALUD!

DECISIONES



EN SALUD

ANEXO No. 8

número 1

UN CASO DE DESHIDRATACION

PRESENTACION

La Secretaría de Salud, consciente de la importancia que guarda el promover y fomentar en nuestra población, el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan prevenir enfermedades en lo individual, familiar y colectivo, ha decidido publicar periódicamente la fotonovela "Decisiones en Salud", con el objeto de orientar y proporcionar a la población, de una manera clara y sencilla, la información y los conocimientos indispensables sobre las causas que originan las diversas enfermedades y sobre las medidas que debe adoptar para protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.



SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD

MEXICO, D.F.





¡dale, dale que ya se a
venir mi mamá para la
hora de comer...



Mientras la mamá de Paquito pre-
para los alimentos, con mucha
impresión se ve que ya es hora de
llenar a su hijo para la comida.

La mamá de Juan tiene mu-
cha prisa por darle de comer
a su hijo pues ya se le hizo
tarde para ir a su trabajo.



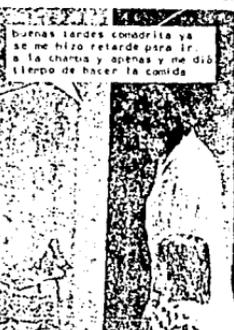
¡dale Juan andale
que tengo prisa!



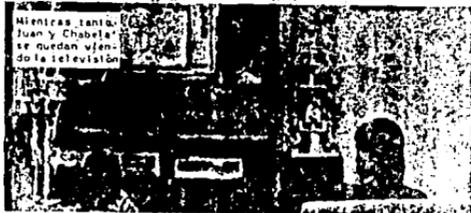
Paquito vamos a comer
y deja que te leve los
manos mira como las
trases...



Buenas tardes
comadre...



buenas tardes comadrita ya
se me hizo retarde para ir
a la charra y apenas y me dió
tiempo de hacer la comida









¡es no le haga un madre!
si no más le dé chorrillo!

¡Ande válese a acabar de tender
la rúa y válese a ver a mi hijo
Da' que sea que ya está bien

LLEGANDO A LA CASA, OYEN
QUE JUAN LLORA
¡el niño está chillando!
¡comadre!



¡na de seguir
naillo!

Y CUANDO ENTRAN
AL CUARDO A VERLO



¡miralo como
está! ya ni
la anuela!

¡cuando ve tendre
nuncio le habla pe-
gado tan feo el
chorrillo!



¡le parece
que está
deshidratado
comadre!



¡desea' que
qu' sea eso!

¡Desea' que ha perdido mucha
agua, caca, que de tanta dia-
rrea se está quedando seco y
lo peor es que ni siquiera le
ha dado de comer



¡MIRE COMADRE
SI LLORA Y NO LE
SALEN LAGRIMAS



SI YA CASI
NO ORINA NA-
DA Y TIENE LOS
OJOS MANDADOS



Y SI LE PELLIZCA
LA PIEL DE LA PAU-
CICIA Y SE QUEJA
ARRUGADA



Todo esto significa que está deshidratado y que se puede morir!

¡No le haga, cuádrise! ¿y ahora qué hacemos?

cuando empezó a hacer agudo debió darle más líquidos pa' que no se deshidratara, y no quitarle la comida. Ahora hay que llevarlo al doctor



pero, no tengo dinero!



¡Vas al centro de salud más cercano, es bien barato!



¡Saliento de la casa ven a llevar al papa de Juan!

¡Quédote! ¿a dónde van? ¡No más llego y se van!



¿Cómo le van a Juan?

¡Está comiendo, tiene diarrea y lo vamos a llevar al doctor!



¿de cuándo acá se cura el churillo con el doctor? ¿y aparte con qué van a pagar?

¡Pues aquí la comadre dice que el centro de salud es bien barato!



Si comadre, usted no más creame y verá que al ratito regresamos. Y mejor ya vámonos porque esperar es arriesgar



HAY QUE MEDIR UN LITRO DE AGUA LIMPIA, SE PUEDE AÑADIR CON UNA BOTELETA DE ACEITE VA LAVADA, CON EL VASO DE LA LECUADRA O CON UN CARTÓN DE LECHE LIMPIO.



Debe a lágrimas si ese es el sabor que debe tener no hay que ponerle nada más, porque sino no sirve.



Y luego por años el suero y se ven menos hasta que se desvirtúa hasta el suero.

ACERDENSE QUE EL SUERO SOLO SIRVE UN DIA, DESPUES HAY QUE TIRARLO Y PREPARAR UN LITRO NUEVO



Indole conaca, hay que preparar el vid suero oral



Hay que dárselo con una cucharita, despacio para que no lo vomite. Si lo vomita hay que esperarse un rato y volver a dárselo.



Cuanto más que dar el



hay que ofrecerle cuando menos una taza cada vez que haga del baño, aunque lo mejor es darle todo lo que quiera tomar



AL OTRO DIA JUAN Y SU AMIGO RAQUITO JUEGAN EN EL PATIO DE LA VECINDAD.





Este material de Comunicación Educativa, ha sido elaborado por la Dirección de Educación para la Salud, con base en el proyecto de los alumnos de Diseño Gráfico de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), y con la Asesoría del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), así como con la participación técnica del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez".

ANEXO 9

GUIÓN LITERARIO DEL SPOT DE TELEVISIÓN TAL COMO FUE UTILIZADO PARA EL ANÁLISIS:

- Oración #1:- Ay señora, está usted viendo que su hijo se hace, que tiene diarrea, como quien dice chorrillo, y usted también se hace y no hace nada!
- Oración #2:- Corra a lavarse las manos y traiga un litro de agua limpia o hervida.
- Oración #3: - Vacíe este sobre en el agua.
- Oración #4: - Dele vueltas hasta que se disuelva.
- Oración #5: - Y dele una cucharadita cada ratito hasta que se mejore.
- Oración #6: - Pero no se le olvide seguir dándole de comer al chavo!
- Oración #7: - Ya vió, comadre, no qué no?: salvó la vida de su hijo!
- Oración #8: - Pida su sobrecito, es gratis.
- Oración #9: - Sector salud.

ANEXO NO. 10

GUIÓN LITERARIO DEL MENSAJE DE CINE RURAL TAL COMO FUE UTILIZADO
PARA EL ANÁLISIS:

- Línea 1: - Comadre, A dónde tan de volada?
- Línea 2: - Pos Doña Cata, que el Juancho se me puso malo.
- Línea 3: - Otra vez? Y ahora qué le pasó?
- Línea 4: - Pues chorrillo, comadre. Yo creo que algo que comió le hizo daño.
- Línea 5: - No comadrita, lo que les hace daño es que no se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño. Lo que le llaman falta de higiene.
- Línea 6: - Pues hasta eso, comadre, yo hasta ahorita no le he dado de comer. No sea que se me vaya a soltar más.
- Línea 7: - Eso está mal, comadre. Los chamacos que tienen diarrea no deben dejar de comer. ¿Qué no ve que cada vez que hacen se les va todo?
- Línea 8: - Pos entonces, ¿qué hago?
- Línea 9: - Pos llévalo a Centro de Salud con el doctor, comadre.
- Línea 10: - Pero mientras darle vida suero oral.
- Línea 11: - ¿Vida suero oral?! ¿qué es eso?
- Línea 12: - Comadre! es el suero que se les da a los chamacos que no han cumplido 5 años para que no se deshidraten cuando tienen la diarrea.
- Línea 13: - ¿Y dónde lo consigo?
- Línea 14: - Comadre! Ya hay en los centros de salud, en la farmacia, en la Conasupo. Pero mientras yo le voy a regalar un sobrecito. Siempre tengo por si alguno de los chamacos se me enferma. Y vámonos por el Juancho para dárselo de una vez.
- Línea 15: - Ya verá, comadre, ésto es pero refacilito prepararlo.
- Línea 16: - Nomás hay que echar el polvito del sobre en un litro de agua limpia.

Línea 17: - Luego se menea muy bien.

Línea 18: - Se sirve en un jarrito.

Línea 19: - Y con una cucharita se le va dando cada vez que Juancho se haga o tenga sed.

Línea 20 - Ah! pos así cualquiera. Y eso es todo, comadre?

Línea 21: - No comadre, si para mañana no se le quita la diarrea prepare otro litro igual y el que le sobre del de hoy lo tira y prontito hay que llevar a Juancho al doctor.

Línea 22: - Pos que ahorita mismo lo llevo con el doctor. No sea que vaya a ser algo peor que una diarrea.

Línea 23: - Pos hará bien comadre, ya ve cuánto chamaco muere deshidratado por ahí y es tan fácil evitarlo!

Línea 24: - Salud para todos, todos para la salud. Sector Salud.