

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**La respuesta social a la Campaña de Difusión del
Programa de Prevención y Control del Cólera:
hacia un modelo de difusión en salud pública**

TESINA

**Que para obtener el título de
licenciado en Sociología
presenta**

Rosa María Gutiérrez Paredes

Asesor: Mtro. Vicente Godinez Valencia

Julio, 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Introducción	3
1. Campaña Nacional de Prevención y Control del Cólera	8
1.1 La epidemia del cólera en México	
1.2 Importancia de la información en Salud Pública	
1.3 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)	
1.4 Componente de comunicación educativa y capacitación	
2. Planeación y operación del componente de Comunicación Educativa	18
2.1 Niveles de información y sus destinatarios	
2.2 El proceso de integración de mensajes	
2.3 Selección de canales de difusión	
3. Impacto de la campaña en la población	28
3.1 Acercamiento sociológico	
3.2 La sociedad en riesgo	
3.3 Las actitudes de la población hacia la salud	
3.4 Variaciones en indicadores epidemiológicos	
3.5 Interpretación social de las variables epidemiológicas	
3.6 Modificaciones al componente de difusión	
3.7 Modelo de difusión en salud pública	
Conclusiones	50
Bibliografía	53

Introducción

Este trabajo es, ante todo, la sistematización de una experiencia; se centra en el análisis del componente de Comunicación Educativa del Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera, el cual tuvo entre sus objetivos proporcionar a la población en general y al personal operativo del sector Salud información acerca de los mecanismos de transmisión de la enfermedad, los factores de riesgo y las medidas de prevención y control. En él se describe el proceso de planeación de la campaña; la manera en que la información epidemiológica que era recopilada se traducía en mensajes; los elementos teóricos, metodológicos y empíricos que fueron apoyando la toma de decisiones relativas a la selección de los mensajes, de los canales de difusión y de los grupos destinatarios; la forma en que esta campaña se reflejó en las tasas de incidencia, mortalidad y letalidad de la enfermedad y cómo la nueva información epidemiológica reorientó los mensajes, los canales o los destinatarios.

El interés por el tema nace de mi cercanía a la toma de decisiones durante la planeación de la campaña, así como de haber formado parte del equipo que, desde la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, diseñó e instrumentó el componente de difusión de la Campaña de Prevención y Control del Cólera. Además existen otras preocupaciones laborales, relacionadas igualmente con la Coordinación de Difusión de la Dirección General de Epidemiología, respecto de la planeación de campañas de difusión para otros factores de riesgo contra la salud, como el SIDA, las adicciones y otros padecimientos.

Sin embargo, en la literatura consultada son pocos los estudios que relacionan mensajes publicitarios con el público al que van dirigidos, con la manera de medir el impacto que tuvieron esos mensajes en sus destinatarios y, sobre todo, con la forma en que éstos modificaron su comportamiento. La campaña contra el cólera fue una experiencia muchas veces basada en ensayo y error; ahora se busca sistematizarla para que pueda servir en el futuro. A ello se encamina este trabajo, el cual pretende llenar un vacío de información acerca del impacto de las campañas de difusión en salud en nuestro país; es decir, se busca fijar los pasos necesarios, las prioridades y la manera de medir el impacto

social de una campaña de difusión, con el fin de sentar bases más sólidas que sirvan para orientar la toma de decisiones en campañas futuras no sólo de salud, también de educación o de seguridad pública.

El Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera fue instituido en 1991, cuando fueron registrados los primeros casos de la enfermedad; este estudio se limitará a la primera fase, que abarca los años de 1991 a 1996, cuando las tendencias epidemiológicas de la enfermedad fueron reorientando la campaña de difusión. En el diseño del componente de difusión de la campaña se tuvo que discernir el tipo de población a la que iba dirigido cada tipo de mensajes, y el canal de difusión que lo transmite. De igual forma, cada medida de fomento sanitario tuvo que ser aplicada de acuerdo con la información epidemiológica que se iba recibiendo. Este trabajo analiza dicho proceso de selección de mensajes e instrumentos de difusión, y la manera en que fueron modificándose conforme la población iba respondiendo a las medidas de prevención.

Como objetivo final y a partir del caso concreto del componente de difusión de la Campaña de Prevención y Control del Cólera, se propone un modelo de difusión de información a la población con las siguientes características:

- Que distinga canales y mensajes en función de los destinatarios de la información
- Que vaya modificando sus mensajes de acuerdo con la información proveniente de los destinatarios
- Que optimice los recursos

Éste es un estudio descriptivo que narra el diseño, planeación, instrumentación y operación del componente de difusión de la campaña; por ello, el marco teórico necesariamente tiene tres caras: una médica, otra institucional y otra sociológica. Esto quiere decir que se describirá y analizará el proceso mediante el cual las variables que constituyeron el comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad dieron lugar a medidas de prevención y control; la manera en que estas medidas se transformaron en la materia prima del componente de difusión de la campaña; la elaboración de materiales de difusión y el modo en que las características de estos mensajes estaban determinadas por sus destinatarios y por el medio en que se difundirían.

En primer lugar se estudiará la estructura del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la manera en que éste obtiene información acerca del proceso salud-

enfermedad de la población mexicana. En la segunda parte, se analizará el proceso evolutivo de la enfermedad, para lo cual se utilizarán medidas bioestadísticas de dispersión y tendencia central; las principales: epidemia, pandemia, brote, incidencia, prevalencia, mortalidad, letalidad y morbilidad. Estas medidas permitieron evaluar la manera en que el comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad se fue modificando y, con ello, reorientar los mensajes de difusión en función de nuevos factores de riesgo y nuevas medidas de prevención y control.

En la tercera parte se abordarán, desde el punto de vista de la sociología médica, los conceptos básicos que dan cuenta de una campaña de difusión en salud. Por un lado, será necesario analizar la manera en que el contexto económico influye en factores que condicionan el proceso salud-enfermedad en una sociedad como la mexicana; es decir, la manera en que enfermedades infecciosas del tipo del cólera son favorecidas por factores como la alimentación, la higiene y el acceso a servicios de saneamiento básico y de salud; y cómo un sistema económico y político como el nuestro caracteriza el acceso diferenciado de los grupos poblacionales a esos servicios. Con ello se pretende reflexionar sobre los factores de riesgo del cólera en función de sus condicionantes sociales, para encontrar la manera en que una campaña de difusión puede incidir en ellos. Por otro lado, se analizarán los aspectos psicosociales de la población relacionados con la salud; con ello esperamos obtener algunas referencias que nos permitan conocer la actitud de la población respecto de su salud, de la enfermedad y de los servicios médicos, para proponer que los mensajes que se dirigirán en este modelo puedan motivar a la población y tener el impacto social que la campaña espera.

Finalmente, en la conclusión regresaremos a conceptos como información y comunicación, para proponer un modelo que establezca una relación dialógica (de diálogo) entre el sujeto emisor del mensaje (autoridades de salud) y el receptor (población en general). Es decir, el modelo propone que los mensajes fluyan de emisor a receptor y viceversa; sin embargo en la práctica la obtención de información en salud proveniente de la población se ha concretado a encuestas y censos, cuya elaboración y aplicación han resultado onerosas en tiempo y dinero.

Para dar el debido sustento teórico a este trabajo, el estudio se dividió en tres distintos niveles:

- a) Lo primero fue sentar bases teóricas y metodológicas de la Medicina en torno del problema de la epidemia del cólera. El Sistema Nacional de Salud funciona con un marco teórico definido, al que nos ceñimos. Se abordó, desde la perspectiva de la Epidemiología, la Salud Pública y la Sociología Médica, los temas relativos a la manera de evaluar el proceso salud-enfermedad en el país, en particular con el cólera. Se obtuvo información proveniente de la Secretaría de Salud respecto del sistema de información en salud, concretamente sobre el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- b) Después fue necesario incursionar en el terreno de la Sociología Médica, disciplina que resultó de mucha ayuda para discernir la realidad social a partir de información médica y estadística. Con el uso de sus herramientas fue posible relacionar la información bioestadística, recopilada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, con el estado de salud de una población; y luego éste con el contexto socioeconómico e histórico de la población; sólo así el Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera, y su componente de difusión en particular, podía atacar el problema en todos sus niveles. Posteriormente, a partir de algunas ideas sugeridas por Rojas Soriano (1988), consideramos que hay condiciones que escapan a la esfera de acción de los individuos y de las poblaciones y que pertenecen al sistema económico y político en su conjunto. Daniel López Acuña (1989) y Roberto Castro (2001) nos ayudaron a situarnos en la problemática nacional en cuanto a la salud pública y las herramientas que la sociología médica en nuestro país puede utilizar para darnos el diagnóstico del proceso salud-enfermedad. Asimismo, los conceptos de Ulrich Beck (1996), relativos a la sociedad en riesgo, nos dieron mucha más claridad en las limitaciones de los gobiernos para la toma de decisiones en lo relacionado con los riesgos de la población en la sociedad industrial, y sobre la manera en que la esfera de lo colectivo empieza a ser sustituida por lo individual. Esto permitió delimitar el contenido de los mensajes dirigidos a la población, que pudieran servirle, en su esfera de acción, para prevenir la enfermedad. Además, Marshall Becker (1998) proporcionó los conceptos necesarios para entender la importancia de la “actitud” con la que la sociedad concibe la salud y la enfermedad, así como su percepción del acceso a los servicios de salud con el fin de evaluar la permeabilidad de los contenidos expresados a través de una acción de

difusión. Con ello fue posible aprender a dirigir el contenido de los mensajes, condicionando a la población a modificar su actitud, si ésta es pasiva o negativa, para que colabore y aplique las medidas de prevención propuestas por la campaña.

- c) Finalmente se trabajó sobre la teoría de la comunicación; como el objetivo del componente de difusión de la campaña fue enviar información tanto a los niveles operativos del Sistema Nacional de Salud como a la población en general, se buscaron referencias teóricas relativas a la comunicación de masas. Antonio Pasquali (1990) proporcionó muchas respuestas a las interrogantes que se presentaban, pero también dejó varias dudas y problemas a resolver. A partir de los conceptos vertidos por este autor, se elaboró el modelo de difusión en salud pública, que es conclusión y objeto final del trabajo.

La sociedad mexicana requiere de información, y las instancias que la poseen necesitan estrategias, instrumentos y canales eficientes para hacerlo; para ello es indispensable estudiar e investigar más acerca del proceso mediante el cual los medios masivos de comunicación, así como los impresos y demás canales de difusión, llegan a la población. Este trabajo pretende acercarse al estudio de este proceso. Hay mucho camino por andar y esperamos haber dado los primeros pasos en él.

1. Campaña Nacional de Prevención y Control del Cólera

1.1 LA EPIDEMIA DE CÓLERA EN MÉXICO

El cólera es una enfermedad bacteriana intestinal aguda, que se manifiesta por la presencia de diarrea abundante, acompañada en ocasiones de vómito; puede provocar deshidratación, la cual, si es severa y no se atiende adecuadamente, causa la muerte del paciente. El agente causal es el *Vibrio cholerae*, bacilo que pertenece a la familia de las enterobacterias (microorganismos que se alojan en el aparato digestivo). El periodo de incubación, es decir, el lapso que va de la entrada de la bacteria al organismo a la aparición de síntomas, es de entre seis horas y cinco días. Es muy sensible a la luz solar, a la desecación y a los desinfectantes, principalmente al cloro.¹

El 13 de junio de 1991, en el pueblo de San Miguel Totolmaloya, Estado de México, fue detectado el primer caso de cólera en México, el primero desde finales del siglo XIX. Este nuevo brote mundial de la enfermedad, conocida como la séptima pandemia,² se inició en 1961, cuando fueron descubiertos los primeros casos en la isla de Sulawesi, en Indonesia. Sin embargo, fue hasta 1991 cuando esta enfermedad hizo su aparición en el continente americano. El 29 de enero de ese año, las autoridades de salud de la ciudad costera de Chancay, Perú, reportaron la ocurrencia de un gran brote de enfermedad diarreica aguda deshidratante, que afectó principalmente a adultos. Las subsecuentes investigaciones médicas, epidemiológicas y de laboratorio identificaron al agente causal como *Vibrio cholerae*, biotipo El Tor, serotipo Inaba.³

El alto potencial de contagio de esta enfermedad puso en alerta a los servicios sanitarios de todos los países del continente. Fue limitado el tráfico de alimentos y agua e incluso se suspendió el Campeonato Mundial Juvenil de Fútbol, que se llevaría a cabo en

¹ DGE 1997.

² Pandemia es una epidemia que tiene lugar en una gran extensión geográfica y que generalmente afecta a una importante proporción de la población. En la historia del cólera se identifican ocho pandemias: la primera fue de 1817 a 1823; la segunda de 1829 a 1851; la tercera de 1852 a 1859; la cuarta de 1863 a 1879; la quinta de 1881 a 1896; la sexta de 1899 a 1923; la séptima comenzó en 1961 y la octava en 1993; en el caso de estas últimas, no puede determinarse su final, ya que aún hay contagios por pacientes infectados en ambas pandemias.

Ecuador. Sin embargo, no se pudo evitar su propagación hacia todo el continente; hasta 1998, todos los países de América, excepto Canadá y Uruguay, habían reportado la presencia de casos o brotes de cólera.⁴ En México, el brote de San Miguel Totolmaloya afectó a 19 personas, no hubo ninguna defunción y se extendió a otras entidades federativas.

La información epidemiológica de este padecimiento, desde su reaparición, pudo caracterizar su evolución en lo relativo al tiempo, lugar y persona, y reconocer los factores de riesgo relacionados con el cólera. Con toda esta información se instituyó en 1991 el Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera, con el objetivo principal de evitar la diseminación del *Vibrio cholerae* en el territorio nacional y disminuir el número de enfermos y de muertes debidos a esta enfermedad. Para ello, se llevaron a cabo acciones que incluyeron: reforzamiento del muestreo ambiental, identificación de áreas de riesgo, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada de casos, capacitación continua al personal de salud, coordinación interinstitucional y capacitación a la población en el autocuidado de la salud.⁵

Estas actividades fueron agrupadas en cinco diferentes componentes:

1. Vigilancia Epidemiológica. 2 Saneamiento Básico. 3. Comunicación Educativa y Capacitación. 4. Supervisión. 5. Coordinación Intra y Extrasectorial.

La vigilancia epidemiológica tuvo la finalidad de obtener información acerca de los daños a la salud debidos a este padecimiento, recopilarla, tabularla, analizarla y difundirla a todos sus usuarios, reales y potenciales.

El saneamiento básico consistió en el reforzamiento de actividades para asegurar que la dotación de agua en las comunidades de las zonas de riesgo cumpliera con la calidad adecuada para el uso y consumo humano, así como para identificar oportunamente la presencia de la bacteria en el medio ambiente y evitar su diseminación. Las actividades en este componente incluyeron medidas preventivas para la desinfección del agua por medios químicos y para la búsqueda de la bacteria en el medio ambiente, así como medidas apropiadas para su eliminación y control.

³ DGE 1999c: 9.

⁴ Se llama brote a la presencia de dos o más casos de la enfermedad relacionados epidemiológicamente entre sí, o a la aparición de un caso en un área donde no se haya demostrado la existencia previa de cólera.

⁵ DGE 1997.

La comunicación educativa y la capacitación, rubro del que nos ocuparemos extensamente más adelante, pretendió propiciar el cambio de conducta en las personas para evitar la contaminación del ambiente y, por ende, la diseminación de la bacteria. Incluyó una campaña de comunicación y capacitación continua para el personal de salud.

La supervisión tuvo por objetivo obtener información de manera regular de las condiciones en que se desarrollaba el programa, adoptar las medidas pertinentes para la solución de los problemas detectados, con la finalidad de mantener un control adecuado de las actividades y hacer eficiente el desarrollo del programa.

La coordinación intra y extrasectorial pretendió la vertebración entre todas las instituciones, públicas y privadas, organizaciones e individuos implicados en la prevención y control de este padecimiento, para facilitar el intercambio de información, optimizar los recursos disponibles, brindar una respuesta coordinada, promover la capacitación y estimular la participación comunitaria.⁶

En este contexto fue que se elaboró la propuesta de la campaña de difusión del programa; pero antes de abordar este punto, es preciso analizar la estructura y fuentes que generaron la información con la cual fueron diseñados los contenidos de los mensajes de la campaña.

1.2 IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Desde la perspectiva de la Secretaría de Salud, una de sus prioridades es la atención y prevención de los problemas de salud de la población; para cumplir con esa función, en la época que corresponde a este estudio, esta secretaría coordinaba los esfuerzos de todas las instituciones y dependencias, tanto públicas como privadas, que intervienen en esta tarea. Asimismo, la prevención constituye otra de las prioridades; para que sea adecuada, es necesario conocer el perfil epidemiológico de la población, que a su vez se nutre de una apropiada notificación de los padecimientos que se presentan en cada comunidad y que son motivo de demanda de servicios de salud.⁷

⁶ *Ibid.*

⁷ DGE 1999b.

Dentro de la SSA, la operación de los diferentes programas de salud de la población correspondía a la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades; para ello contó con una infraestructura conformada por 16 141 unidades de salud, distribuidas en 233 jurisdicciones sanitarias en los 32 estados de la república.

Esta tarea necesitaba, a su vez, de un sistema de información que detectara e identificara los problemas de salud más importantes, los grupos de edad más afectados, los estados de la república con mayor número de enfermos y los factores de riesgo asociados, entre otros. Dicha información es proporcionada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que aparecería enseguida, y que tenía el propósito de generar información oportuna y confiable para la toma de decisiones, medir el impacto de los programas y definir áreas y grupos de riesgo.⁸

El SINAVE encontró en la Dirección General de Epidemiología (DGE) el marco propicio para llevar a cabo su tarea. La DGE es la instancia de la Secretaría de Salud encargada de proveer información y conocimientos epidemiológicos oportunos y de calidad; para esto coordina las tareas de los niveles local, jurisdiccional y estatal con el fin de que éstos generen información adecuada y oportuna para la toma de decisiones y la ejecución de las acciones de prevención y control.⁹

En el caso concreto de la epidemia y programa de prevención y control del cólera, la información epidemiológica contribuye a identificar factores de riesgo de la enfermedad y a caracterizar su comportamiento para tener fundamentos sólidos que apoyen la toma oportuna de decisiones relacionadas con la prevención y el control.

En el periodo comprendido de 1991 a 1996, el número de casos que se presentaron por año fue variable; sin embargo, se observó un incremento en este número durante los años noes y una disminución en los pares. El año en que se reportó mayor número de casos fue 1995, con 16 430, en 27 estados de la república; el menor número se reportó en 1996, con 1 088 en 14 estados.¹⁰

La distribución por grupos de edad y sexo ha tenido pocas variaciones; el mayor número de casos se presentó en personas mayores de 5 años; el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 44 años, lo que sugiere un contagio afuera del hogar, ya que los infectados

⁸ DGE 1998: 7-9.

⁹ *Idem.*

¹⁰ DGE 1997; toda la información epidemiológica referente a este año proviene de esta misma fuente.

son sujetos en edad productiva que pasan la jornada laboral fuera de su casa; sin embargo, se nota un incremento en la incidencia en los menores de 15 años, lo cual puede sugerir transmisión intrafamiliar.

En lo que respecta al cuadro clínico que presentaron los pacientes, a partir de 1995 hay una disminución en la proporción de enfermos con más de cinco evacuaciones en 24 horas; las características de las evacuaciones no manifestaron cambios en el lapso 1991-1996, mientras que la proporción de casos que requirieron hospitalización disminuyó a 64% para 1996. Esta información es importante porque quiere decir que la población se está sensibilizando a los signos y síntomas de la enfermedad, por lo cual no permite que el paciente se agrave antes de acudir a los servicios de salud; por tanto, la intervención puede manejarse extrahospitalariamente.

El número de defunciones también ha sido variable; tuvo su mayor incremento en 1993, con 198; y el menor número en 1996, con 5. Esto también sugiere que la población al detectar un caso de cólera demanda la intervención médica a tiempo, multiplicando las posibilidades de que el paciente se recupere. La fuente de infección más frecuentemente relacionada con los casos de cólera es el agua, mientras que otras fuentes de infección, como los vegetales crudos o los mariscos, tuvieron una proporción mucho menor.

Con esta información se diseñó la campaña de difusión, la cual formaba parte del componente de Comunicación Educativa y Capacitación del programa; pero, antes de entrar en el tema de la campaña de difusión, se revisará brevemente la estructura e instrumentos de recolección de la información en todos sus niveles.

1.3 SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SINAVE)¹¹

La información epidemiológica es recabada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual se define como: “un conjunto de métodos y procesos

¹¹ Es importante recalcar que la estructura y funciones descritas a lo largo de este trabajo fueron las vigentes en el periodo que este estudio abarca, año de 1997; con la llegada del presidente Vicente Fox, y el secretario de Salud, doctor Julio Frenk, la estructura y funciones cambiaron. De hecho, actualmente el cólera ya no es

estandarizados de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para llevar a cabo, de manera oportuna y uniforme, la vigilancia epidemiológica y tiene el objetivo de generar información oportuna y confiable para la toma de decisiones”.¹² Es importante aclarar que el Sistema Nacional de Salud está integrado por las instituciones públicas y privadas involucradas en la atención a la salud; entre ellas se incluyen: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEDEMAR), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y el Instituto Nacional Indigenista (INI).

El SINAVE cuenta con un órgano normativo nacional, que observa, guía, facilita y fomenta el quehacer epidemiológico en el país: el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), constituido por los titulares de cada una de las instituciones que forman el Sistema Nacional de Salud. El CONAVE está representado, en cada estado de la república, por otro órgano colegiado que coordina los esfuerzos estatales de todas las instituciones: el Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica (CEVE).

El proceso de producción de información generada por el SINAVE incluye diferentes etapas antes de ser utilizada para la toma de decisiones:

El sistema inicia con la generación de datos acerca de la ocurrencia, distribución en tiempo, lugar y persona, factores de riesgo y consecuencias, de los fenómenos que afectan a la salud de la población; esta información es registrada en formatos especiales en el nivel local para después ser enviada al nivel jurisdiccional donde es concentrada y enviada al nivel estatal, y de éste al nacional; en cada nivel, es analizada para orientar y apoyar la toma de decisiones para el diseño y aplicación de planes y programas de salud en todo el país. Para la retroalimentación en cada nivel, es necesaria la divulgación a través de instrumentos como publicaciones periódicas o libros.¹³

Para agilizar este flujo de información se cuenta con un paquete de cómputo, llamado Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) donde se captura la información en el nivel local; luego es analizada y enviada, mediante correo electrónico, a la jurisdicción. La Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica, NOM-017-SSA-25-1994, establece como obligación para todas las unidades de salud del país la

considerado como un problema prioritario, por lo cual buena parte de la infraestructura dispuesta para operar anualmente el Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera fue desmantelada.

¹² DGE 1998: 9.

¹³ *Ibid.*: 11.

notificación semanal de casos de 110 padecimientos y la notificación inmediata de 30 enfermedades. La información se anota en un formato llamado SUIVE-1-2000, que llena el epidemiólogo jurisdiccional u hospitalario, para después capturarlo en el SUAVE.

Finalmente, la información generada en el SINAVE contribuye a actualizar el panorama epidemiológico nacional, estatal, jurisdiccional y local; de igual forma es posible obtener datos semanales, mensuales y anuales; y en las enfermedades de notificación inmediata, diariamente. Así es posible diseñar nuevos programas de salud, reorientar los ya existentes y enfocarlos hacia los objetivos de prevención y control de los problemas de salud más importantes.¹⁴

Sin embargo, para que esta información pueda ser útil, debe ser organizada y difundida en productos concretos. Así, se cuenta con un boletín diario, otro semanal, con un anexo mensual, y los anuarios de morbilidad, entre otros, que dan cuenta de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país, distribuidas por entidad federativa, grupo de edad e institución notificante. También son producidos informes especiales y artículos para publicaciones especializadas y para su difusión a través de Internet.¹⁵

En lo que respecta al cólera, padecimiento que, por su magnitud, trascendencia y gravedad, es objeto de atención especial dentro del SUAVE, su notificación es obligatoriamente inmediata; además, para la confirmación del caso es necesario el envío de una muestra fecal al laboratorio para que ahí se confirme el diagnóstico de cólera. Sin embargo, no se debe esperar a que se confirme el diagnóstico en el laboratorio para notificarlo; ante un caso sospechoso,¹⁶ se debe hacer inmediatamente para que las autoridades de salud lleven a cabo acciones que impidan que se disemine la bacteria; entre ellas están: el bloqueo familiar, la toma de muestras a toda la familia del caso para enviarlas al laboratorio y administrar tratamiento antibacteriano.

Ante un caso confirmado, se establece un cerco epidemiológico y se llena el formato llamado SUIVE-2-2000, para estudio de caso; y ante la presencia de un brote se utiliza el formato SUIVE-3-2000 para estudio, precisamente, de brote. Con ello se busca identificar

¹⁴ *Ibid.*: 21.

¹⁵ La dirección es: <http://www.epi.org.mx/>

¹⁶ Un caso sospechoso debe cumplir alguno de los siguientes requisitos: persona con diarrea de inicio brusco de no más de cinco días de evolución; en áreas donde no se ha demostrado la presencia de *Vibrio cholerae*, toda persona mayor de cinco años de edad, con más de cinco evacuaciones en 24 horas y cuadro no mayor a

la fuente de infección con el fin de aislarla y evitar que la bacteria se disemine; o, si ya lo hizo, prever la aparición de nuevos casos en otro lugar.

Con estos antecedentes, se pasará ahora a describir el componente de Comunicación Educativa y Capacitación.

1.4 COMPONENTE DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA Y CAPACITACIÓN

Este componente, como ya se mencionó, tuvo el objetivo de propiciar el cambio de conducta en las personas para evitar la contaminación del ambiente y, por ende, la diseminación de la bacteria. Planteó varios niveles de acción: para el personal de salud, con el propósito de mantenerlo actualizado en el diagnóstico y tratamiento oportuno y, con ello, disminuir en lo posible el número de muertes. También pretendió que las autoridades estatales y municipales crearan y reforzaran obras de beneficio social que disminuyeran las fuentes de infección y los riesgos de contaminación. Los líderes de la población (religiosos, políticos, dirigentes naturales) fueron convocados para realizar labores de convencimiento para la adopción de medidas preventivas en la comunidad. Otro objetivo fue dar a conocer a la población los riesgos existentes en su entorno, esperando que ésta modificara sus hábitos en favor de su salud.¹⁷

Mediante la campaña de comunicación educativa se informó, motivó y orientó a la población de todo el país, haciendo hincapié en que el cólera es una enfermedad diarreica que, a diferencia de otras enfermedades, puede ocasionar la muerte en un periodo muy corto. Esta campaña se basó en la concertación con otras instituciones, con las que se establecieron estrategias de acción conjunta. Para ello se solicitó que los servicios estatales de salud efectuaran sus respectivas campañas de comunicación en sus diferentes modalidades: espectaculares, lugares de visibilidad externa (mantas, bardas), radio y televisión, para dar a conocer a la población las medidas preventivas contra esta enfermedad, dirigidas tanto hacia la población urbana como a la rural.¹⁸

cinco días de evolución; en áreas donde se ha demostrado la presencia de la bacteria, toda persona con diarrea de no más de cinco días de evolución, independientemente de su edad.

¹⁷ DGE 1997.

¹⁸ *Ibid.*

Entre los elementos que se tomaron en cuenta al planear las campañas estatales se incluyen: la dispersión geográfica de la población, las características socioculturales y demográficas de la población y las necesidades educativas que presentan los diferentes niveles: urbano, semiurbano y rural.

Las medidas esenciales para la prevención de la enfermedad en los distintos niveles y que se difundieron fueron:

En el nivel personal (población en general)

Lavado de manos antes de comer, preparar o servir los alimentos, después de ir al baño o después de cambiar de pañal a los niños.

Sólo consumo de agua desinfectada, ya sea por medios físicos (hervida) o químicos (clorada o yodada)

Consumo de alimentos bien cocidos o fritos, en especial los pescados y mariscos. Asimismo evitar el consumo de ostiones en estado natural y de ceviche, que sí pueden ser ingeridos previa cocción.

Lavado y desinfección de las frutas y verduras que se comen crudas, como cilantro, perejil, col, lechuga, pápalo, fresas. Su desinfección por medio de cinco gotas de blanqueador casero al 6% por cada litro de agua y el remojo de los productos durante treinta minutos, bien sumergidos y sin otro enjuagado.

Si hay necesidad de consumir alimentos fuera del hogar, selección de un lugar limpio y evitar el consumo de agua o alimentos sin la plena seguridad de que están desinfectados o cocidos.

Defecación en excusados, letrinas, fosa séptica; evitar hacerlo al ras del suelo; de tener que hacerlo, evitar que sea cerca de arroyos, manantiales o ríos y cavar un pequeño hoyo para enterrar las excretas, si es posible, agregándoles cal o ceniza.

Entre líderes de la comunidad

Instrucción en torno a las medidas preventivas para que realicen labor de convencimiento en la comunidad.

Capacitación para que puedan reconocer los signos de alarma y orientar en la instalación de la terapia de rehidratación oral y sugerir la necesidad de referir a los pacientes a las unidades de salud.

Entre autoridades estatales y municipales

Capacitación en torno a los mecanismos de transmisión de la bacteria, forma de diseminación y medidas preventivas.

Capacitación en cuanto a las necesidades de construcción, rehabilitación y mantenimiento del abasto de agua potable y de disposición adecuada de excretas.

La frase que se difundió y con la cual se identificó a toda la campaña fue:

“¡Agua con el cólera! Prevenirlo está en tus manos”

En el componente de Comunicación Educativa y Capacitación, este último apartado se dirigió de manera selectiva y específica al personal de salud, y tuvo como objetivo aumentar el grado de conocimiento de la normatividad vigente para la prevención, notificación, diagnóstico, tratamiento y control de casos, así como de la etiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Al personal de laboratorio se le capacitó en la actualización de las técnicas para el aislamiento de la bacteria.

Para cumplir con estos objetivos, fueron elaborados diversos materiales de apoyo; entre ellos podemos citar: el libro *Manual para la vigilancia epidemiológica del cólera*, el tríptico “Diagnóstico y tratamiento del cólera”, el díptico “Manejo del paciente geriátrico” y los videos: *El cólera, una enfermedad prevenible, Etiología, patogenia y fisiopatología del cólera, Diagnóstico y tratamiento, Manejo y tratamiento de desechos, Operativos de prevención y control y Suministros mínimos para la atención del cólera en unidades aplicativas*.

En el próximo capítulo se abordará el diseño y planeación de la campaña de comunicación dirigida a la población en general.

2. Planeación y operación del componente de Comunicación Educativa

Este capítulo tiene como objetivo sistematizar una experiencia; *grosso modo*, narra la manera en que se diseñó, planeó y se puso en operación este componente. Quienes estuvimos cerca de la toma de decisiones en materia de difusión no teníamos mucha experiencia en campañas de comunicación; tampoco los recursos ni el tiempo para recurrir a expertos en la materia; tuvimos que diseñar el componente intuitivamente, tomando las decisiones con base en los argumentos que se expondrán a lo largo de este capítulo. En el diseño de las estrategias que integraron el componente de Comunicación Educativa del Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera, se tomó en cuenta algunas de las reflexiones, perspectivas y políticas que subyacen a las tareas de difusión de la Secretaría de Salud, en general, y de la Dirección General de Epidemiología, en particular.¹⁹

Desde este punto de vista, se tiene previsto que toda la información relacionada con el proceso salud-enfermedad en una población debe apoyar a los programas de prevención y control de enfermedades, contribuir a que los investigadores, tanto de esta área como de otras disciplinas, obtengan un panorama más completo de las características de salud en el país y aportar elementos para modificar la conducta y actitud de la población, con el fin de construir una cultura de prevención.²⁰

Para que estos objetivos puedan cumplirse, es necesario que la información llegue a sus usuarios específicos a través de los canales adecuados y con una presentación accesible en función de los destinatarios y los usos.

Tales son los fines de la estrategia que llamamos difusión y en ella confluye una serie de instrumentos, actividades y procesos, acerca de los cuales se deberá tomar una serie de decisiones para lograr que esta estrategia cumpla eficientemente con su cometido; esto hace que la difusión no sea una actividad sujeta a mecanismos aleatorios, sino que obliga a elegir

¹⁹ Para una revisión exhaustiva de estas reflexiones, que están detrás de muchas de las decisiones que, en materia de difusión, aún se toman, véase el artículo “Eso que llamamos difusión” (Gutiérrez 1999). Aquí hablará de la manera en que dichas políticas fueron aplicadas en la campaña de difusión del programa de cólera.

²⁰ *Ibid.*

cuidadosamente el tipo de herramientas que serán utilizadas para lograr que la información llegue a sus usuarios a través de los medios adecuados y presentada de manera que sea más útil.²¹

Se cita *in extenso* esta reflexión porque se quiere enfatizar que, aun cuando en la toma de decisiones respecto de este componente no hubo mucho sustento teórico ni metodológico (que es en más de un sentido el objetivo de este trabajo), en el interior del equipo que coordinó la campaña se analizaba continuamente cuáles eran los medios más adecuados para llegar a cada población en particular, y con la menor cantidad de recursos posible.²²

2.1 NIVELES DE INFORMACIÓN Y SUS DESTINATARIOS

En la experiencia con las campañas previas, el problema inicial, en el momento de diseñar los mecanismos de difusión de la información, es el de los usuarios; y consiste básicamente en que, a partir de que la información generada por el SINAVE tiene diversos usos porque va a ser utilizada por diferentes tipos de usuarios con propósitos igualmente distintos, esta información tiene que ser expresada en términos adecuados y con la profundidad necesaria de acuerdo con el destinatario. Se sabe que si no se toman las decisiones correctas en este nivel se corre el riesgo de dirigir a la población en general términos incomprensibles que ocasionarán confusiones y malas interpretaciones. De la misma manera un investigador en salud puede encontrarse con vaguedades e imprecisiones igualmente confusas e inútiles. Así, una vez definido el destinatario de la información, se debe escoger el tipo de vocabulario con el que se expresará la información, la precisión y el detalle que contendrá y el tipo de material gráfico en que se apoyará.

Asimismo, dentro del equipo que coordinó la planeación y diseño de la campaña, se tuvo siempre la certeza de que todos los procesos de difusión están estrechamente vinculados; es decir, cuando se piensa en mecanismos de difusión,²³ debemos tomar en cuenta al mismo tiempo el tipo de información, los destinatarios, los objetivos y los medios

²¹ *Ibid.*

²² Antes del programa de cólera, ya se habían tenido algunas experiencias en el manejo de campañas de difusión en salud, concretamente en el caso de la prevención del SIDA y en el de las campañas anuales de vacunación.

para difundirla. Se distinguen tres niveles hacia los cuales va dirigida la información: autoridades del Sistema Nacional de Salud, niveles intermedios y operativos del sistema;²⁴ investigadores académicos dentro y fuera del sistema; y población en general.

Autoridades de salud

Cuando la información se dirige a las autoridades de salud tiene un fin específico: apoyar la toma de decisiones en materia de prevención y control de las enfermedades. Las autoridades responsables de dirigir los programas de salud pública necesitan información que les ayude a identificar los principales problemas de salud y sus factores de riesgo, así como medir el impacto que las acciones realizadas tienen, con el objetivo de reforzarlas, reorientarlas o reemplazarlas. En este nivel, generalmente se demandan datos muy precisos, por lo que no es muy útil entrar en detalles metodológicos, salvo que puedan influir en la presentación general; es importante enfatizar los resultados, la manera en que éstos influyen en el diagnóstico de salud de la población, así como los factores que condicionaron esos resultados. Todo esto, presentado además en documentos elaborados *ex profeso* que tienen circulación restringida y a veces confidencial, puede orientar a las instancias de decisión para ubicar problemas y alternativas de solución.²⁵

Investigadores y académicos

Si los destinatarios de la información son investigadores especializados en el área, se deberá optar por la precisión y el detalle; deberán estar claros tanto el material como los métodos empleados en su obtención; debe presentarse el aparato crítico que sustente la información, incluyendo la bibliografía que apoye o contradiga tanto la información como el método usado para obtenerla, al igual que los posibles sesgos que pudieran intervenir en su interpretación. La intención es que los lectores sepan exactamente cómo fueron obtenidos los datos y el método mediante el cual se llegó a las conclusiones.²⁶

²³ Se entiende como mecanismo de difusión la estrategia derivada de seleccionar el mensaje preciso, enviado por el medio más adecuado al usuario específico.

²⁴ La información dirigida a los niveles estatal, jurisdiccional y local, en el caso concreto de la campaña de cólera, se canalizó por el componente de Capacitación del programa, al cual se ha hecho referencia en el capítulo anterior y aparecerá sólo tangencialmente en este trabajo.

²⁵ Gutiérrez 1999: 2.

²⁶ Para mayor información acerca de la manera de elaborar este tipo de trabajos, véase Day 1996.

Si los investigadores usuarios no pertenecen a un área directamente relacionada con la epidemiología, podrá ofrecerse datos exactos, pero deberán acompañarse de definiciones específicas que permitan la mejor comprensión y alcance de los conceptos. Aquí el uso de gráficas es de particular importancia, ya que facilitan la utilización de la información porque su objetivo es mostrar grandes tendencias por medio de imágenes que, como se ha demostrado,²⁷ son más fáciles de abstraer que los signos lingüísticos; igualmente la bibliografía es importante, en donde se debe tener cuidado al entablar polémicas con otros autores, ya que sólo producirían un efecto distractor en el lector no especializado.

Para acceder a estos usuarios, se utiliza publicaciones periódicas, material bibliográfico, o medios de información más modernos, como Internet. También son buenos canales de difusión en este nivel las conferencias, presentaciones, cursos y seminarios, en los cuales se tiene la ventaja de abrir la oportunidad de la réplica y discusión abierta.

Población en general

Cuando la información va dirigida a la población abierta, debe tomarse en cuenta con mucho más cuidado el canal utilizado para llegar a ella. En primera instancia, se puede hacer llegar información a toda la población por medio de materiales impresos, desde volantes repartidos en sitios de concentración poblacional, carteles, anuncios espectaculares en vías de tránsito o anuncios móviles colocados en vehículos de transporte público. En segundo lugar, pero el primero en importancia, están los medios masivos de comunicación, de los que se hablará después.

Para dirigir información a la población abierta, se debe enviar mensajes cortos y directos; es bueno omitir datos numéricos muy precisos que refieran a proporciones o unidades de medida complicadas. Se parte de la premisa de que la información que la población necesita saber se relaciona con lo que debe de hacer, con conductas que debe adoptar o rechazar. Para garantizar que el mensaje sea efectivo, es necesario decir directamente lo que hay que hacer y lo que hay que evitar, sin argumentos ni razones, que sólo quitarían impacto al mensaje. Este planteamiento se retomará en el siguiente apartado.

²⁷ Para ahondar en el poder de la imagen en la percepción de la realidad, véase el libro del sociólogo italiano Giovanni Sartori: *Homo videns* (1998).

Mención aparte merecen los medios masivos de comunicación, en particular radio y televisión, cuya complejidad y alcance son tan vastos que se necesita hacer una primera división en su uso como canales de difusión. Debemos partir de que el medio es el mensaje; es decir, la forma en que la información aparezca condicionará su recepción en el público. En principio, se puede utilizar el formato publicitario del *spot* comercial, el cual se caracteriza por la constante repetición de mensajes durante el día (hasta 50 impactos diarios); mensajes cortos, con música y frases hechas (*slogans*); si se toma en cuenta el filtro mental que la audiencia radiofónica o televisiva pone a funcionar ante la presencia de anuncios comerciales, éstos no pueden ser muy informativos; pretenden llegar a la mente del espectador pasando por debajo de su nivel de percepción consciente (subliminal) y su función es la de crear hábitos, que la gente adopte conductas automáticas, inconscientes, como lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño.²⁸

Algo diferente resulta cuando se realiza la difusión por medio de la prensa dentro de los mismos medios de comunicación masiva. Cuando se redactan boletines de prensa para enviarlos a los noticieros, o se organizan conferencias de prensa o se conceden entrevistas de corte periodístico, las reglas cambian. El mensaje es enviado durante el noticiero; por tanto, el espectador se dispone a escuchar y ver el contenido de las notas y pone atención en el mensaje; entonces, el mensaje tiene que pasar por la conciencia, con la consiguiente aceptación de los mensajes que puede ubicar de acuerdo con su propia visión de mundo, o rechazo por lo que está en contra.

También es importante, para el mejor aprovechamiento de los medios informativos, entender la lógica y dinámica con la que trabajan. Y esto comienza con discernir entre gacetilla y nota periodística: la primera es una inserción pagada que aparece disfrazada de noticia; no es una nota, pero el público la percibe como noticia; en una gacetilla se puede dar el enfoque, énfasis e importancia a lo que se quiere; en el caso de una nota, se tendrá que convencer al reportero o periodista de dar el enfoque que se busca.

Es importante tener en cuenta que, aun cuando la prensa y sus fuentes (quienes generan la información) mantienen una relación que podríamos llamar simbiótica (ambos se necesitan), no necesariamente comparten sus prioridades. Las fuentes que recurren a la

²⁸ Para profundizar en los mecanismos de recepción de mensajes subliminales, puede consultarse W.B. Kay *Seducción subliminal* (1991).

prensa para enviar información buscan que ésta sea vista desde un punto de vista específico y que sea expuesta de manera clara, precisa y justa; sin embargo, es posible que el punto de vista de los medios no coincida con el de la fuente. Por ello es indispensable enfatizar los aspectos y puntos de vista que se desean resaltar, debemos “dar la nota” al periodista; sólo así se asegura que la nota sea presentada como queremos que el público la reciba.²⁹

2.2 EL PROCESO DE INTEGRACIÓN DE MENSAJES

En el caso concreto de la campaña de cólera, se tenía muy claro quiénes eran los destinatarios y también el contenido de los mensajes. En el capítulo anterior ya se mencionó la información respecto del cuidado de la salud que, en el nivel personal, se deseaba dirigir a la población en general, así como, en el nivel de la comunidad, se esperaba hacer llegar a los líderes de ésta y a las autoridades estatales y municipales.³⁰

En principio, toda la campaña de difusión mantuvo el *slogan*: “¡Aguas con el cólera! Prevenirlo está en tus manos”. Éste fue un caso muy afortunado de lema para una campaña. En primer término en la frase “Aguas con el cólera” se pudo asociar al agua con el cólera. Como se afirmó en el capítulo 1, desde el principio y durante toda la epidemia, el principal medio de transmisión de la bacteria fue el agua, contaminada con heces de personas infectadas. Asociar agua y cólera fue el primer paso para informar a la población lo que tenía que cuidar. “Prevenirlo está en tus manos” de nuevo permitió enviar mensajes en varios niveles; primero, hacer entender a la población que podía prevenir la enfermedad; que al principio quedaba en ella la responsabilidad, no en el médico. En segundo lugar, otro acierto fue asociar manos a prevención, ya que una de las medidas más importantes que se difundieron fue lavarse las manos. Así fue posible integrar un *slogan* que cumpliera con enviar mucha información en pocas palabras.

Por otro lado, como ya se mencionó, los mensajes a la población abierta tenían que ser directos, cortos y contener acciones que la población debía ejecutar o evitar. De igual forma y dada la irregular distribución de la enfermedad en el país, donde lo mismo se

²⁹ Para el manejo de los medios de comunicación, véase: OPS 1996.

³⁰ Es necesario mencionar que también se diseñó la campaña dirigida a vendedores y expendedores de alimentos, como parte del componente de Capacitación.

afectaron poblaciones rurales que urbanas, costeras y montañosas, los mensajes tendrían que estar expresados en términos y con indicaciones que pudieran seguir las personas dentro de cualquier población en el territorio nacional;³¹ así, los mensajes de la campaña fueron:

“Lávate las manos antes de comer y después de ir al baño”

“Lava y desinfecta las frutas y verduras que se comen crudas”

“Hierva o desinfecta el agua”

“Consume pescados y mariscos bien cocidos o fritos”

“Entierra las excretas”

Estos lemas fueron diseñados de acuerdo con los criterios descritos un poco antes: era necesario ser muy conciso y decir a la gente lo que hiciera sin muchos rodeos ni argumentos; por eso, cada lema inicia con un verbo activo; en él se resume lo que cada persona debe hacer o evitar; después viene un objeto directo que señala el destino de la acción del verbo y se matiza, en algunos casos, con un complemento circunstancial cuando hace falta. Así se llegó a los lemas que iban a ser objeto de la difusión a la población en general.

2.3 SELECCIÓN DE CANALES DE DIFUSIÓN

Una vez elaborados los materiales se eligieron los canales de difusión; aquí se divide la experiencia en dos periodos: de 1991 a 1995; y de 1996 a 2001, decenio en el que el cólera fue un problema prioritario de salud pública en nuestro país.

El primer periodo consistió en pruebas de ensayo y error. La primera decisión que se tomó fue que se aprovechara la estructura del Sistema Nacional de Salud y, dado el ahorro por volumen que se obtiene cuando se elaboran materiales impresos, la estrategia inicial de difusión fue la producción de volantes, carteles, etc.; es por ello que en esta etapa

³¹ Incluso ya para los últimos años del programa tanto los materiales de difusión como los de capacitación fueron traducidos a varias lenguas indígenas.

se dio mucha importancia a la elaboración de materiales impresos. Se elaboraron, cada año, aproximadamente cinco millones de volantes, cien mil carteles y quinientas mantas con los diferentes lemas de la campaña, así como un millón de dípticos, calcomanías y trípticos, que fueron remitidos a los servicios estatales de salud de las entidades en las que se encontraron casos de cólera; de ahí se distribuyeron hacia las jurisdicciones sanitarias, que a su vez los canalizaron hacia las unidades de salud de las diferentes instituciones del sistema. Los volantes fueron repartidos a toda la población en las unidades de salud y centros de concentración poblacional. Los carteles fueron pegados en las unidades de salud, los mercados y las escuelas; igualmente, en estos lugares fueron colocadas las mantas. Las calcomanías fueron pegadas en el interior de los medios de transporte público.

Al mismo tiempo, se aprovechó una estrategia que en las poblaciones rurales tenía mucha aceptación como medio de difusión de mensajes: el perifoneo, que consiste en una camioneta que recorre comunidades y rancherías y lleva un altavoz conectado a una grabadora de manera que el mensaje se transmite por el altavoz cuantas veces sea necesario. Finalmente se dedicó una importante cantidad de recursos económicos a la contratación de *spots* comerciales en radio y televisión, que difundieron los mensajes de la campaña. Se contrataron paquetes de 18 impactos al día para televisión y 25 para radio. Se contrató a una empresa para que produjera los *spots* y a actores conocidos deportistas y figuras populares, que, se pensaba, atraerían en mayor medida la atención de la gente.

Sin embargo, al pasar los años, el número de casos de cólera no disminuía, sino que aumentaba: pasó de 2 690 en 1991 a 16 430 casos en 1995;³² asimismo, el número de estados de la república con casos confirmados pasó de 17 en 1991 a 27 en 1995.³³ Ante un panorama como éste, se buscó en primera instancia el componente que pudiera estar fallando, o que se debiera reforzar; pero en ausencia de respuestas satisfactorias, la respuesta se planteó en términos institucionales: si el programa en su conjunto daba resultados satisfactorios, era porque todos sus componentes estaban funcionando eficazmente; si no, de la misma forma cada componente estaba fallando y debía ser revisado.

³² DGE 1997.

³³ El próximo capítulo está dedicado al análisis de la información epidemiológica y su relación con la respuesta social hacia la campaña.

Entonces sucedieron dos cosas: por un lado, a finales de 1994 vino el cambio de autoridades de la administración federal;³⁴ y por otro, a principios de 1995 vino la peor crisis económica de la historia reciente. Estos dos sucesos generaron automáticamente cambios en la manera en que se debían operar los programas de salud, en particular el del cólera. La crisis generó una política de contracción del gasto gubernamental: se canceló la creación de nuevas plazas federales, se congelaron las que no estaban ocupadas y se destinó menos presupuesto para la operación de los programas. En pocas palabras, se tenía que hacer más con menos recursos.

Por su parte, las nuevas autoridades de la Secretaría de Salud comenzaron a implantar y desarrollar un programa de descentralización de recursos y servicios. De esta manera, quedaba a la Secretaría de Salud la tarea de normar y supervisar la aplicación de los recursos que finalmente fueron remitidos a las entidades federativas. En el Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera, ello significó que las decisiones en cuanto a sus diferentes componentes quedaban en manos de los servicios estatales de salud. Y todo esto constituyó el tránsito a la segunda etapa en la historia del programa.

En la primera época, desde el nivel nacional en la Ciudad de México se elaboraron los materiales de difusión que se necesitaba en toda la república y se repartieron en función del tamaño de la entidad, su número de habitantes y el de jurisdicciones sanitarias que tenían. Ahora cada estado recibiría el presupuesto para que, de acuerdo con sus necesidades particulares, produjera el material que necesitaba. Quedó en el equipo del nivel central la tarea de elaborar los originales mecánicos de cada material para que, como archivo electrónico, se enviara a los estados y ahí imprimieran los ejemplares que necesitaran.

También quedó en el nivel central la coordinación de la campaña nacional. Para ello se tuvo que hacer una discriminación de los canales de difusión hacia donde se dirigirían los pocos recursos disponibles. Lo primero que se decidió fue no imprimir más materiales dirigidos a población abierta; las razones fueron dos: cada estado ya imprimiría los propios y era necesario aprovechar el dinero disponible de mejor manera. La segunda decisión fue canalizar hacia radio y televisión la mayor parte de los esfuerzos presupuestales, humanos y materiales, pero los *spots* ya no incluyeron a actores conocidos, que encarecían la

³⁴ Cada sexenio, con la llegada de un nuevo presidente, vienen en cascada cambios de funcionarios en los distintos niveles del gobierno federal. Este relevo en las autoridades produce a su vez cambios en las prioridades y en la orientación de los programas y políticas de trabajo.

producción y, se conoció después, no atraían mucho más la atención de la gente; sólo quedó a cargo del nivel central la colocación de anuncios espectaculares con los mensajes de la campaña en las vías con mayor circulación vehicular de las ciudades más importantes del país.

Y hubo dos innovaciones: se concertó con las líneas de transporte colectivo de la Ciudad de México la colocación de grandes calcomanías con los mensajes de la campaña en los costados de los autobuses, en las rutas que recorrieran las delegaciones que habían presentado mayor número de casos. Por otro lado, aprovechando los modernos adelantos en la informática, se colocaron *banners*,³⁵ con los mensajes de la campaña, en la página de la Dirección General de Epidemiología.

Así se planeó, diseñó y operó el componente de Comunicación Educativa del Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera. En el próximo capítulo se describirá el impacto que tuvo en las variables epidemiológicas de la enfermedad y cómo estas variables sirvieron de base para evaluar la respuesta social hacia el programa.

³⁵ Un *banner* es un pequeño texto que se desplaza, como una marquesina, en una página de Internet y que sirve de vínculo con una nueva página. Los *banners* de la página de la Dirección General de Epidemiología se vinculaban con la parte de la página que contenía el Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera.

3. Impacto de la campaña en la población

Cuando se diseñó el programa en su conjunto, y en particular el componente de Comunicación Educativa, la prioridad fue informar a la población las medidas de prevención y control que debía adoptar para prevenir nuevos casos de cólera o, en su defecto, qué hacer ante la sospecha o confirmación de un caso. Además, era necesario saber si la campaña de difusión estaba llegando a sus destinatarios y si éstos captaban los mensajes y los ponían en práctica; saberlo nos permitiría hacer ajustes en los mensajes, las estrategias o los canales de difusión de la campaña, y con ello seguir optimando recursos. En el capítulo anterior se analizaron algunos de los ajustes que tuvo la campaña, derivados básicamente de factores políticos, económicos y administrativos; pero se desconocía lo que estaba pasando con la población.

3.1 ACERCAMIENTO SOCIOLÓGICO

Algo sí se tenía claro: había acciones que cada familia, de acuerdo con sus características socioeconómicas y demográficas, podía realizar; y había otras que no; y en el diseño de las estrategias de difusión se debía tomar todo en cuenta. Para ello era obligado acercarse al proceso salud-enfermedad desde una perspectiva sociológica; y el libro *Sociología médica*, de Raúl Rojas Soriano, fue particularmente orientador.³⁶

Este autor postula cuatro tesis de sociología médica que permiten aclarar y poner orden en el proceso salud-enfermedad dentro de una sociedad dada. La primera tesis dice:

Cada formación social crea su propia patología y produce las condiciones sociales para la reproducción de la misma, en consonancia con el modo de producción prevaleciente (según el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y las características de las relaciones sociales dominantes).³⁷

³⁶ Rojas Soriano 1988.

³⁷ *Ibid.*: 24

Este primer postulado ayuda a identificar al cólera como una enfermedad propia de una formación social predominantemente capitalista; tan es así, que la primera pandemia de la que se tiene noticia comenzó en la India en 1817,³⁸ y se expandió hacia todo el mundo, en buena medida llevada por el ejército británico que comenzaba a invadir los territorios de la India hacia el Oriente para conquistar los mercados de esa región, así como para conseguir materia prima y mano de obra barata.

Anécdotas aparte, lo cierto es que en países y sociedades capitalistas se estaban presentando las epidemias de cólera y de otras enfermedades infecciosas. Daniel López Acuña analiza directamente la situación sanitaria que prevalecía en México a finales del siglo XX:

El hacinamiento, la falta de servicios básicos de agua potable y disposición de excretas así como la contaminación biológica de los alimentos y el agua que, se supone, puede ser empleada para consumo humano, son las constantes ambientales que originan en México una infección permanente de gran importancia para la salud del país.³⁹

Como se puede observar, México ofrecía condiciones favorables para la reproducción y diseminación de la bacteria del cólera: la concentración de la población en las grandes ciudades, con la consecuente carencia de servicios públicos (sobre todo de agua potable y alcantarillado), aunado al abandono del campo por parte de los capitales y la inversión productiva, así como de la mano de obra que emigra a las ciudades. Si retomamos a Rojas Soriano, podemos decir que el cólera era una enfermedad producto de una formación social como la mexicana de los años noventa, que generaba, además, las condiciones para su reproducción; era algo contra lo que teníamos que luchar.

La segunda tesis de Rojas Soriano dice:

Existe una situación diferencial entre las dos clases sociales fundamentales presentes en las formaciones sociales capitalistas (proletariado y burguesía) con respecto a la morbimortalidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos.⁴⁰

Esta segunda afirmación enfatiza algunos aspectos que pueden condicionar la distribución de la enfermedad entre la población. A partir de las clases sociales que Rojas Soriano toma del análisis marxista (burguesía y proletariado), se amplían los márgenes de inclusión en las

³⁸ DGE 1999c:12.

³⁹ López Acuña 1989: 20-21

⁴⁰ Rojas Soriano, *op. cit.*: 31-32.

categorías y se asume que las características socioeconómicas de los diferentes grupos poblacionales condicionan su manera de enfermarse y de sanar. Particularmente el acceso de la población a los servicios médicos fue un factor determinante en la evolución del padecimiento en México.

La tercera tesis dice:

Dentro del proletariado existe una situación diferente entre los diversos sectores que lo componen con respecto a la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.

Tales diferencias se deben a que los miembros de la clase obrera:

- 1) trabajan en distintas ramas de la economía;
- 2) se insertan en el proceso productivo de diversas maneras (según el tipo de ocupación y las condiciones de trabajo existentes);
- 3) perciben un salario cuyo monto (derivado en gran medida de lo anterior) es diferente, lo cual repercute a su vez en la reproducción de la fuerza de trabajo (vivienda, alimentación, vestido);
- 4) las características específicas de la legislación para regular las relaciones capital-trabajo varían de uno a otro sector del proletariado; y
- 5) el nivel educativo, el nivel de conciencia de clase y las características culturales difieren también de un grupo a otro del proletariado.⁴¹

De nuevo, esto conlleva la necesidad de tomar en cuenta, para llegar con mayor efectividad a la población, que ésta no se encuentra compuesta por un bloque homogéneo de personas, sino que se agrupa en un conglomerado dispar, heterogéneo y diverso de personas con múltiples intereses, con desigual nivel de educación y de conciencia sobre la propia salud. Para llegar a la mayor cantidad de gente, las estrategias tuvieron que ser amplias e incluyentes, y los mensajes, lo suficientemente comprensibles y flexibles para que fueran adaptables a la realidad cotidiana de cada familia.

La cuarta tesis de Rojas Soriano dice:

Existe una situación diferente entre la ciudad y el campo en lo que respecta a las características de la morbilidad y el nivel de esperanza de vida.⁴²

Aunque esto era algo que ya se conocía, no se debía soslayar el estar atento a las diferencias que presentaran los grupos rurales respecto de los urbanos, y viceversa, ya que era un nivel en el que se podía incidir efectivamente a través de la campaña de difusión.

⁴¹ *Ibid.*: 43-44.

⁴² *Ibid.*: 52.

Este primer acercamiento sociológico respondió a algunas preguntas y llevó a una reflexión sobre los límites de la campaña. Como se mencionó con anterioridad, hubo acciones, como alertar a la población respecto de la gravedad de la enfermedad, mediante la enseñanza de medidas higiénicas para prevenirla; en otro nivel, se realizaron esfuerzos para acercar los servicios de salud a la población más desprotegida, e incluso se le invitó a acudir a las clínicas y hospitales, pero estaba fuera del alcance del Programa de Prevención y Control del Cólera y de la propia Secretaría de Salud resolver problemas estructurales, como aumentar el salario que perciben los jefes de familia por la actividad que desarrollan, contrarrestar el problema de hacinamiento, o proveer de agua potable y alcantarillado a los barrios y pueblos. Lo que siempre se tuvo claro fue que para luchar contra la enfermedad era necesario mantener a la población informada para cambiar hábitos y conductas sociales en pro de lograr una verdadera educación para la salud.

López Acuña hace una distinción en los niveles en que los servicios públicos de salud intervienen:

los servicios de salud *personales*, que suponen la atención individual con fines preventivos, y los servicios de salud *no personales*, consistentes en gestiones de alcance colectivo destinadas a mejorar las condiciones generales de la salud y la vida.⁴³

Queda claro que la intervención de la campaña de difusión tenía que ser en el nivel individual; otras instancias se encargarían de intervenir en infraestructura y servicios a la población. Asimismo las tesis de Rojas Soriano plantearon nuevos problemas para evaluar la manera en que la campaña incidía en las conductas de la población; entre ellos se identificaron algunos: la respuesta tenía que ser heterogénea y condicionada por las características de la población, así como por la recepción que la campaña tuviera entre los diferentes grupos poblacionales. Esto obligaba a cambiar de enfoque.

⁴³ López Acuña, *op. cit.*: 95.

3.2 LA SOCIEDAD EN RIESGO

Un autor que nos aclaró algunas razones importantes de la nueva dinámica de las sociedades modernas fue Ulrich Beck.⁴⁴ Él propone definir a la sociedad moderna, producto de la sociedad industrial, como “sociedad en riesgo”, de la siguiente manera:

Este concepto designa una fase de desarrollo de la sociedad moderna en la que a través de la dinámica de cambio la producción de riesgos políticos, ecológicos e individuales escapa, cada vez en mayor proporción, a las instituciones de control y protección de la mentada sociedad industrial.⁴⁵

Este estado de riesgo es visto por Beck como consecuencia de los efectos colaterales latentes, producto de los procesos de modernización, que cuestionan, denuncian y transforman los fundamentos de la sociedad industrial. Es decir, ésta genera en su interior riesgos causados por los mismos supuestos de la sociedad industrial, como el consenso sobre el progreso y la abstracción de los peligros ecológicos; Beck enfatiza que la sociedad en riesgo no es una opción elegida o rechazada en las instancias de decisión, sino una consecuencia lógica de los procesos de la sociedad industrial.⁴⁶

En más de un sentido, Beck propone que la sociedad en riesgo es producto de las contradicciones generadas en el interior de la sociedad industrial: por un lado la producción crece a costa del agotamiento de los recursos naturales, así como de la contaminación del medio ambiente; pero al mismo tiempo es en esta sociedad donde las preocupaciones ecologistas han adquirido gran importancia en el debate político y económico de nuestro tiempo.⁴⁷

⁴⁴ Beck 1996. Todas las referencias a este autor y sus conceptos provienen de esta fuente.

⁴⁵ *Ibid.*: 201.

⁴⁶ *Ibid.*: 202.

⁴⁷ Para ampliar la información acerca de estas contradicciones en el mundo moderno, el libro de Gian Carlo Delgado, *La amenaza biológica* (2002), puede ser muy útil.

Uno de los efectos sociales de este proceso es la descomposición de los “magmas” de sentido colectivo y cultural de los grupos sociales:

De ahora en adelante todos los esfuerzos de definición se concentran en la figura del individuo [...] hoy los hombres no son liberados de las permanentes certezas religiosotranscendentales *en* el seno del mundo de la sociedad industrial, sino *fuera*, en las turbulencias de la sociedad mundial del riesgo. Los hombres deben entender su vida, desde ahora en adelante, como estando sometida a los más variados tipos de riesgo, los cuales tienen un alcance personal y global.⁴⁸

En resumen, desde el punto de vista de Beck, las contradicciones generadas en el seno de la sociedad industrial la han puesto en inminente riesgo de catástrofes políticas, económicas, sociales y ecológicas, que están al margen de las instancias de decisión políticas y económicas en cada uno de los países. Esto trajo como consecuencia ese proceso de “individuación”, del que habla Beck, que consiste en la crisis de los elementos de cohesión social para dar lugar a la predominancia de lo individual en la concepción teleológica de los procesos sociales en el seno de la sociedad en riesgo.

Este nuevo enfoque nos dio el sustento teórico y metodológico para entender algunos de los éxitos y fracasos que en el campo empírico habíamos alcanzado en la campaña. Uno de tales aspectos es el énfasis que debemos hacer en la dimensión individual de los problemas de salud pública, y del cólera en particular. Si Rojas Soriano nos había orientado en la dimensión económica del origen de las enfermedades, así como del acceso de la población a los servicios de salud, Beck nos aclara que las personas que componen una población no tienen en sus manos la posibilidad de modificar las condiciones de saneamiento básico, agua potable y alcantarillado, menos aún de modificar el modo de producción de su formación social; sin embargo, sí tienen un margen de acción individual en sus personas y sus familias que puede ser influido por una campaña de comunicación; finalmente, sabemos que éste era el nivel en el que teníamos que actuar. Para ello, el siguiente paso consistió en entender la dinámica de la población en general y de los individuos en particular respecto de su salud; de eso hablaremos a continuación.

⁴⁸ Beck, *op. cit.*: 204-205.

3.3 LAS ACTITUDES DE LA POBLACIÓN HACIA LA SALUD

Como se afirmó en capítulos anteriores, la campaña de difusión, y en ocasiones el programa mismo, fue guiándose mediante la dinámica de ensayo y error. Un primer factor que en ese entonces no se tomó en cuenta fue las actitudes de la población respecto de su propia salud; se pensó que sólo por el hecho de enviar un mensaje por la televisión, o de pegar un cartel en un centro de salud, las personas iban a reaccionar de acuerdo con lo esperado.

Algo que sin duda hubiera servido para llegar con mayor efectividad a la población es el Modelo de Criterio en Salud manejado por Marshall Becker,⁴⁹ para evaluar las actitudes de la población en relación con tres aspectos: a) la conducta relacionada con la salud; b) la conducta hacia la enfermedad; y c) la conducta del papel de enfermo.

El artículo presenta los resultados de varias investigaciones en las que fue aplicado el modelo y concluye:

Las investigaciones mencionadas en este capítulo indican que la decisión de emprender actividades relacionadas con la salud es grandemente influida por: 1) la “motivación de salud” del individuo o su disposición a preocuparse por cuestiones de salud, 2) sus percepciones de relativa vulnerabilidad a la enfermedad; 3) sus percepciones de la potencial gravedad de la enfermedad o sus efectos ulteriores; 4) su creencia en la eficacia relativa de otras acciones; 5) sus creencias acerca de los potenciales costos físicos, económicos y psicológicos relacionados con esas acciones; 6) sus reacciones a varias claves o incidentes críticos que pueden desencadenar una respuesta.⁵⁰

Es interesante notar en el estudio de Becker que la población reacciona, ante un evento en salud como la epidemia de cólera, no a partir de tomar conciencia de la gravedad de la enfermedad, tampoco frente al conocimiento de las medidas de prevención, ni siquiera ante la conveniencia de acudir al médico, sino al sentirse parte del grupo de riesgo. Si algo demuestra Becker en su trabajo es que las personas reaccionan y adoptan conductas y actitudes relacionadas con su salud a partir de lo que este autor llama “susceptibilidad”, es decir, cuando la población siente que es susceptible de contraer la enfermedad; sólo entonces presta más atención a los factores de riesgo, signos y síntomas, y pone en práctica las medidas de prevención.

⁴⁹ Este modelo es analizado en el artículo de Marshall Becker “Aspectos psicosociales de la conducta relacionada con la salud”, en: Freeman, Levine y Reeder (comps.) 1998: 343-369.

⁵⁰ *Ibid.*: 361

Si se revisa desde esta perspectiva el contenido de los mensajes de la campaña de cólera, se puede comprender por qué la campaña tardó tanto tiempo en arrojar resultados: antes que los mensajes directamente relacionados con las conductas que las personas debían adoptar para prevenir la enfermedad, se debió emitir algunos en los que se enfatizara que pertenecían a grupos de riesgo de contraer la enfermedad aquellas personas que consumieran frutas y verduras crudas, o que vivieran en una zona sin drenaje y agua corriente, o en donde se practicara el fecalismo al aire libre, o que gustaran de comer mariscos crudos; y una vez que la gente comprendiera que era susceptible de contraer la enfermedad, hasta entonces se lanzarían los mensajes preventivos.

Según Becker, es mucho más importante hacer cambios en la conducta de la población que proveerla de la infraestructura de servicios de los que carece:

Muchas estrategias que intentan mejorar la conducta relacionada con la salud hacen gran hincapié en los cambios que deben efectuarse en la estructura social de los servicios de salud [...] Se desconoce en gran parte la eficacia de estos esfuerzos estructurales (en contraste con alteraciones más directas de actitudes y creencias individuales), y no hay pruebas definitivas que apoyen una de las dos estrategias; ésta sigue siendo una cuestión empírica decisiva que requiere mayores investigaciones.⁵¹

Polémicas aparte, lo cierto es que es más fácil, rápido y barato realizar campañas de difusión para enseñar a la población a hervir o desinfectar el agua y manejar las excretas, que instalar en una población una red de agua potable y drenaje. Tocaba ahora averiguar si la campaña de difusión, y todo el programa, estaban cumpliendo su cometido.

3.4 VARIACIONES EN INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

El problema de evaluar el impacto de la campaña de difusión era complejo. No había tiempo ni recursos como para hacer sondeos en grupos poblacionales y saber así si conocían los elementos informativos de la campaña (medidas preventivas, *slogans*). Sin embargo, se contaba con el sistema de información del Sistema Nacional de Salud,⁵² que

⁵¹ *Ibid.*: 362.

⁵² Este sistema de información, el SINAVE, y el SUIVE están descritos en el capítulo I.

periódicamente (cada semana) reportaba casos nuevos y otros indicadores epidemiológicos que fueron los utilizados para conocer la respuesta social a la campaña.⁵³

Roberto Castro, investigador en el área de la sociología médica, refuerza nuestra propuesta en torno de la utilidad de la información epidemiológica para acercarnos a conocer las actitudes y respuestas sociales en relación con los problemas de salud. Dice Castro:

Por diversas razones relacionadas con el atraso en el desarrollo del país, México ha carecido por mucho tiempo de un sistema confiable de registro estadístico de la morbilidad, sólo hasta hace pocos años este problema ha empezado a ser subsanado [...] con todo, constituye una herramienta útil para acercarnos a una evolución de la salud y la enfermedad en este país.⁵⁴

Una de las propuestas básicas de este trabajo, y nuestro modelo propuesto, es el uso de información estadística que recopilan los sistemas de información; lo ideal sería aplicar encuestas, con preguntas dirigidas especialmente para tal efecto; pero su costo y el tiempo que se necesita para ponerlas en marcha nos obligan a plantear alternativas como la nuestra.

Se aborda ahora cuáles fueron los indicadores utilizados, cómo fueron variando a lo largo de la epidemia (1991-1995), cómo fueron interpretados desde el punto de vista social y cómo se fueron redefiniendo las prioridades del componente de Comunicación Educativa del Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera. Se eligió el año de 1996 para hacer este análisis, debido a que, como se mencionó en el capítulo anterior, en este año se reorientó la campaña; algunos de los factores que afectaron las decisiones al respecto fueron expuestos ya, sobre todo los relativos a cuestiones políticas, económicas y administrativas; ahora toca el turno de exponer la información que se recabó entre la población abierta a lo largo de los cinco años que cubre la primera etapa.

⁵³ Para este momento fue muy útil la experiencia adquirida con la campaña de prevención y control del SIDA, inclusive paradigmática de este proceso. En un inicio los casos nuevos tenían relación con homosexualismo y uso de drogas intravenosas; es el momento de la campaña de sexo seguro. Luego, empezó a aumentar la incidencia de casos heterosexuales y que no usaban drogas, pero que tenían antecedente de transfusiones sanguíneas; es el arranque del proyecto de sangre segura. Después aumentaron los casos en entidades federativas con altos volúmenes de población migrante a Estados Unidos (braceros); se dirigieron campañas estatales dirigidas a esta población. Actualmente, ha aumentado la incidencia de casos nuevos en mujeres amas de casa con parejas que recurren frecuentemente a sexoservidoras. Lo importante de mencionar aquí es la manera en que la información epidemiológica da pautas para entender el comportamiento de la población, uno de los objetivos de este trabajo.

⁵⁴ Castro 2001: 272.

*Incidencia*⁵⁵

En el siguiente cuadro se presenta la información respecto de casos nuevos e incidencia durante los años 1991-1994:⁵⁶

Año	Casos nuevos	Incidencia por cien mil habitantes
1991 ⁵⁷	2,690	3.1
1992	8,162	9.4
1993	11,091	12.4
1994	4,075	4.5
1995	16,430	18.6

Si se analiza esta información por grupos de edad, llama la atención que, aunque el mayor número de casos aparece en el de 25-44 años, la mayor incidencia se encuentra en el grupo de mayores de 65 años.⁵⁸ Esto implica que los ancianos tienen una importante presencia en los servicios de salud y por tanto en sus registros.⁵⁹ También es de enfatizarse el aumento significativo del número de casos en los menores de cinco años. Al respecto es importante recordar que todos los indicadores de morbilidad que maneja el sistema de información de la Secretaría de Salud están basados en el registro de las unidades de primero, segundo y tercer nivel de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Esto quiere decir que si una persona se enferma y se cura sin asistir a alguna de las clínicas y hospitales del sistema, o bien recurre a una clínica o médico particular y éste no reporta el padecimiento, ese caso no existe para el sistema (es lo que se conoce como subnotificación).

⁵⁵ Incidencia es la proporción de casos nuevos de una enfermedad en relación con toda la población; en el SUIVE se calcula por cien mil habitantes (DGE 1999a).

⁵⁶ DGE 1997; las cifras históricas de la epidemia de cólera, mencionadas en este apartado, proceden de esta fuente.

⁵⁷ Para 1991, las estadísticas relacionadas con el cólera abarcan del 13 de junio (fecha de notificación del primer caso) al 31 de diciembre.

⁵⁸ Véase las gráficas comparativas en DGE 1997: gráficas 2 y 3.

⁵⁹ Esta información proviene del SINAVE, es decir, de los formatos que se llenan en las unidades operativas del Sistema Nacional de Salud, tal y como fue explicado en el capítulo I.

Hospitalización

La proporción de pacientes hospitalizados muestra un incremento importante: en 1991 el porcentaje de hospitalizados fue de 38.4 por ciento, en 1992 de 30.3, en 1993 de 82.8, en 1994 de 51.0 y en 1995 de 35.4 por ciento. Interpretamos que la población en un principio no tuvo conciencia de la gravedad de una enfermedad como el cólera; sin embargo, sensibilizada por la campaña de difusión y ante la cantidad de casos y muertes, decidió acudir a los servicios médicos, lo que explicó el aumento de la proporción de hospitalizaciones hacia 1993; poco después, a partir de la distribución de sobres de Vida Suero Oral, del mayor conocimiento de la enfermedad y de cómo tratarla y de los primeros resultados de la campaña, los casos sospechosos y confirmados fueron manejados cada vez más en la consulta externa, requiriendo menos hospitalizaciones.

Letalidad

Se define la letalidad como el porcentaje de enfermos que mueren por la enfermedad.⁶⁰ La letalidad del cólera se dio como sigue: en 1991 fue de 1.3 por cien casos; en 1992 de 1.2, en 1993 de 1.8, en 1994 de 1.4, en 1995 de 0.9 por cien casos. Esto puede ser explicado por el hecho de que, cuando la epidemia alcanzó sus mayores cifras, la gente llegaba demasiado tarde a los servicios médicos y casi dos de cada cien enfermos morían. Con el tiempo, mediante la capacitación y la información, tanto el personal médico como la población abierta supieron detectar a tiempo los síntomas y manejar mejor cada caso; así fue disminuyendo la cantidad de enfermos que morían.

Fuentes de infección

Este indicador es particularmente importante porque nos dice si la población efectivamente tomó conciencia de que el cólera se contagiaba por alimentos y agua contaminados con la bacteria. Las cifras recabadas señalan que en 1991 el 93 por ciento de los casos confirmados fueron infectados por agua contaminada y el 7 por ciento, por frutas y verduras. Para 1993, el porcentaje de casos infectados por agua bajó al 69 por ciento, pero los casos infectados por frutas y verduras aumentaron a 18 por ciento y aparecieron como

⁶⁰ A diferencia de la mortalidad, que es la proporción de habitantes de una población que mueren por la enfermedad.

fuentes de infección los mariscos crudos, con 9 por ciento, y las salsas en antojitos, con 4 por ciento. En 1995, el porcentaje de casos por agua aumentó a 71 por ciento, por mariscos a 16 por ciento, por frutas y verduras disminuyó a 9 por ciento y por salsas se mantuvo en 4 por ciento.

3.5 INTERPRETACIÓN SOCIAL DE LAS VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

La pregunta era entonces ¿qué se podía deducir del comportamiento de la población a partir de la información de los indicadores epidemiológicos? La primera sorpresa fue la aparición de casos en el Distrito Federal. Y fue una sorpresa porque la información recopilada acerca de la enfermedad indicaba que el cólera se transmitía por agua y por pescados y mariscos contaminados; por tanto, era un padecimiento de zonas costeras o de lugares sin drenaje ni agua potable. El Distrito Federal es una ciudad con servicio de drenaje y agua potable y la aparición de casos —aun en colonias de clase media y alta sin problemas de servicios urbanos— hizo pensar que había otras fuentes de transmisión. Con estos datos, dentro del componente de Saneamiento Básico se intensificaron las acciones de monitoreo ambiental, tomando muestras en agua, alimentos, frutas y verduras, y se comprobó su transmisión por alimentos contaminados.

La elevada incidencia (como proporción de casos en relación con la población total) en el grupo de ancianos, en comparación con el número de casos relativamente bajo en ese grupo, habla de una alta proporción de mayores de 65 años en la consulta de las unidades de salud. Marshall Becker proporciona elementos para explicar este fenómeno.⁶¹ Como se mencionó, según Becker la recurrencia a los servicios médicos guarda relación estrecha con que las personas se perciban a sí mismas como grupos de riesgo; y los ancianos, dada su fragilidad y disponibilidad de tiempo, parecen estar más al pendiente de su salud y se perciben como más vulnerables; de ahí que recurran con mayor frecuencia a los servicios de salud; y por eso es más fácil detectar casos en este grupo, lo que termina por aumentar su incidencia.

⁶¹ Becker, *op. cit.*

Caso contrario sucede con el grupo de 25-44 años; es la edad productiva de los individuos que pasan la mayor parte del tiempo en sus centros de trabajo, comen fuera de su casa alimentos de higiene dudosa, por lo cual es el grupo que presenta mayor número de casos; y, sin embargo, su presencia en las unidades de salud es menor que la de los ancianos. De acuerdo con Becker, son personas que no sienten riesgo de contraer cólera, y que no tienen el tiempo ni los recursos para acudir a los servicios de salud, lo que además les quitaría un día de trabajo, algo que no se puede permitir un subempleado que no tiene seguridad social, que trabaja a destajo y que un día sin trabajar repercute en una disminución directa de sus ingresos.

El aumento de casos en el grupo de menores de cinco años entre 1991 y 1995 hablaba de que el contagio estaba ocurriendo en el interior de los hogares; los adultos contraían el vibrio en la calle, lo llevaban a las casas, donde infectaban a los niños. Era necesario entonces que se multiplicaran las precauciones en el manejo de los alimentos y que se ampliara el bloqueo familiar ante la aparición de un caso sospechoso.⁶²

La disminución en la letalidad y en la proporción de hospitalizaciones, además de dar cuenta de una mayor habilidad para manejar los casos, habla de intervenciones cada vez más tempranas en las unidades de salud y, por tanto, de una mayor sensibilidad de la población hacia los síntomas tempranos de la enfermedad; de alguna manera la campaña estaba presente en la población.

Finalmente, la disminución en la proporción de casos debidos a agua contaminada, con el consiguiente aumento en la proporción de casos producidos por alimentos contaminados, implicaba que las acciones de saneamiento básico, aunadas a las medidas de prevención en el manejo del agua y las excretas, empezaban a tener impacto, por lo menos en los indicadores epidemiológicos. Las personas en zonas rurales empezaron a defecar lejos de los ríos y fuentes de agua, enterraban sus excretas o usaban letrinas y hervían el agua. En zonas urbanas la población cloraba o hervía el agua y recurría a baños o letrinas para defecar.

⁶² Un bloqueo familiar consiste en detectar a todos los familiares y personas que hayan estado en contacto con la persona enferma y que serán considerados como en riesgo de infección. Se obtiene de ellos una muestra fecal y se les administra tratamiento con antibióticos.

En conclusión, para 1996 el panorama epidemiológico del cólera en México era muy distinto al de 1991, por lo que era necesario hacer ajustes en los distintos componentes del programa.

3.6 MODIFICACIONES AL COMPONENTE DE DIFUSIÓN

Parte de los ajustes a la campaña de difusión del programa ya fueron descritos; aquí se resumen:

- a) Se dejaron de elaborar impresos destinados a la población en general, por lo cual se utilizaron exclusivamente los medios masivos de comunicación, los espectaculares en las vías de comunicación más importantes y anuncios en el exterior de los microbuses.
- b) Los materiales impresos fueron dirigidos a los niveles operativos del Sistema Nacional de Salud, para capacitar al personal en el manejo de pacientes.
- c) Los materiales impresos dejaron de producirse en el nivel central; sólo se elaboró el diseño y se enviaron *dummies* y archivos electrónicos a las entidades federativas para que ellas elaboraran los materiales de acuerdo con sus necesidades.
- d) Se prescindió de figuras conocidas en los *spots* de radio y televisión, quedando sólo los mensajes de la campaña como contenido.

En la campaña de difusión, los distintos mensajes fueron dirigidos a una población específica. Para los microbuses que circularan por colonias de clase media y alta del Distrito Federal, se pegaron anuncios con mensajes relativos a lavar y desinfectar frutas y verduras, para combatir la infección con alimentos, más que por agua. En cambio para regiones donde los huracanes (*Opal* y *Roxana* en 1996 y *Paulina* en 1997) hicieron estragos, se prefirió dirigir mensajes con medidas para desinfectar el agua.

Al tiempo que se prepararon cursos de capacitación para los preparadores y expendedores de alimentos, también se elaboró un tríptico para la capacitación de estas personas, con el fin de empezar a abatir el contagio por medio de alimentos. En horarios nocturnos, cuando la población ve la televisión en sus casas, se dirigieron mensajes que

motivaran al lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, así como el lavado y desinfección de alimentos, con el fin de empezar a combatir el contagio intrafamiliar.

Nota final

La epidemia de cólera continuó hasta el año 2000. Tuvieron que pasar otros cuatro años para tener la enfermedad bajo control; para 2001, el cólera había dejado de ser un problema prioritario de salud pública, y para 2002 fue desmantelado el programa y el equipo material y humano, redistribuido. Sin embargo, queda la experiencia, cuya sistematización es objeto fundamental de este trabajo, y el aprendizaje, que servirán para enfrentar los retos de comunicación en salud pública que el país demande. Fruto de esa experiencia y aprendizaje es el modelo de difusión que aparecerá enseguida.

3.7 MODELO DE DIFUSIÓN EN SALUD PÚBLICA

La experiencia en el diseño, planeación y operación del componente de Comunicación Educativa y Capacitación del Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera permitió avanzar en la concepción de un modelo de comunicación que sirva para subsecuentes campañas de difusión. Aunque este modelo se dirige principalmente a la difusión en salud pública, es posible aplicarlo en otras áreas que requieran dirigir información a la población y que necesiten saber si ésta la ha recibido y el impacto que en ella han tenido.

Elementos teóricos

Se tomaron como punto de partida para este modelo algunos conceptos teóricos provenientes del sociólogo venezolano Antonio Pasqualí, quien ha explorado este proceso de intercambio de mensajes entre grupos emisores y receptores a través de los medios de comunicación.⁶³

⁶³ Tomamos para el análisis de este proceso el libro *Comunicación y cultura de masas* (Pasqualí 1990).

La premisa de la que parte es que la sociología cultural está constituida en su base por un “saber-en-común”, ante el cual los medios de comunicación sirven como vehículo que hace circular ese saber en el seno de una sociedad dada. Sin embargo, los medios de comunicación no tienen sus características en función de ese saber que comunican; por el contrario, el saber en abstracto y los mensajes en que ese saber se concreta adquieren características en función de los medios de comunicación por los cuales circulan.⁶⁴

De la relación funcional entre sociedad y medios-de-comunicación-del-saber se desprende que los caracteres de éstos son determinantes para aquélla, al menos en la medida en que siempre se ha considerado válida la relación inversa. Pero entre medios de comunicación y totalidad social no existe, sin más, una relación de causa-efecto, de parte-todo o de super-infraestructura, sino una inherencia o mutua inmanencia dialéctica.⁶⁵

Para Pasquali una de las razones principales de la atrofia cultural de países como el nuestro es que esta relación medios-sociedad, siendo por naturaleza dialéctica y por tanto donde la información fluya en ambas direcciones, termina utilizando a los medios de comunicación como instrumentos del poder, ignorando la información que en el seno de la sociedad se pueda generar y, como consecuencia, se convierte en un proceso unidireccional en el cual la información fluye de un grupo emisor hacia uno receptor.

Para que esta relación vuelva a ser bidireccional, es necesario que sea comunicacional, como la define Pasquali:

Por *comunicación* o relación *comunicacional* entendemos aquella que produce (y supone a la vez) una interacción biunívoca del tipo del con-saber, la cual sólo es posible cuando entre los dos polos de la estructura relacional (Transmisor-Receptor) rige una ley de ambivalencia: todo transmisor puede ser receptor, todo receptor puede ser transmisor.⁶⁶

Esto quiere decir que para que pueda haber ese “saber-en-común” que toda sociedad necesita, todos los sectores deben ser transmisores y receptores de conocimientos.

Por otro lado, es necesario acuñar otro término, que Pasquali opone al de comunicación, el de información:

En este nivel inter-racional *comunicación* definirá el intercambio de mensajes con posibilidad de retorno no-mecánico entre dos polos dotados del máximo coeficiente de

⁶⁴ *Ibid.*: 47.

⁶⁵ *Idem.*

⁶⁶ *Ibid.*: 49.

comunicabilidad (R-T), e *información*, el envío de mensajes sin posibilidad de retorno no mecánico entre un polo T y un polo R periférico y puramente aferente.⁶⁷

Al simplificar esto, entendemos como *información* al proceso en donde sólo hay un transmisor que envía mensajes a un receptor; y *comunicación*, aquél en donde ambos polos son transmisores y receptores de mensajes.

Pero hay una tercera relación en el esquema de Pasquali que conviene tener en cuenta: la relación de conocimiento; en ella:

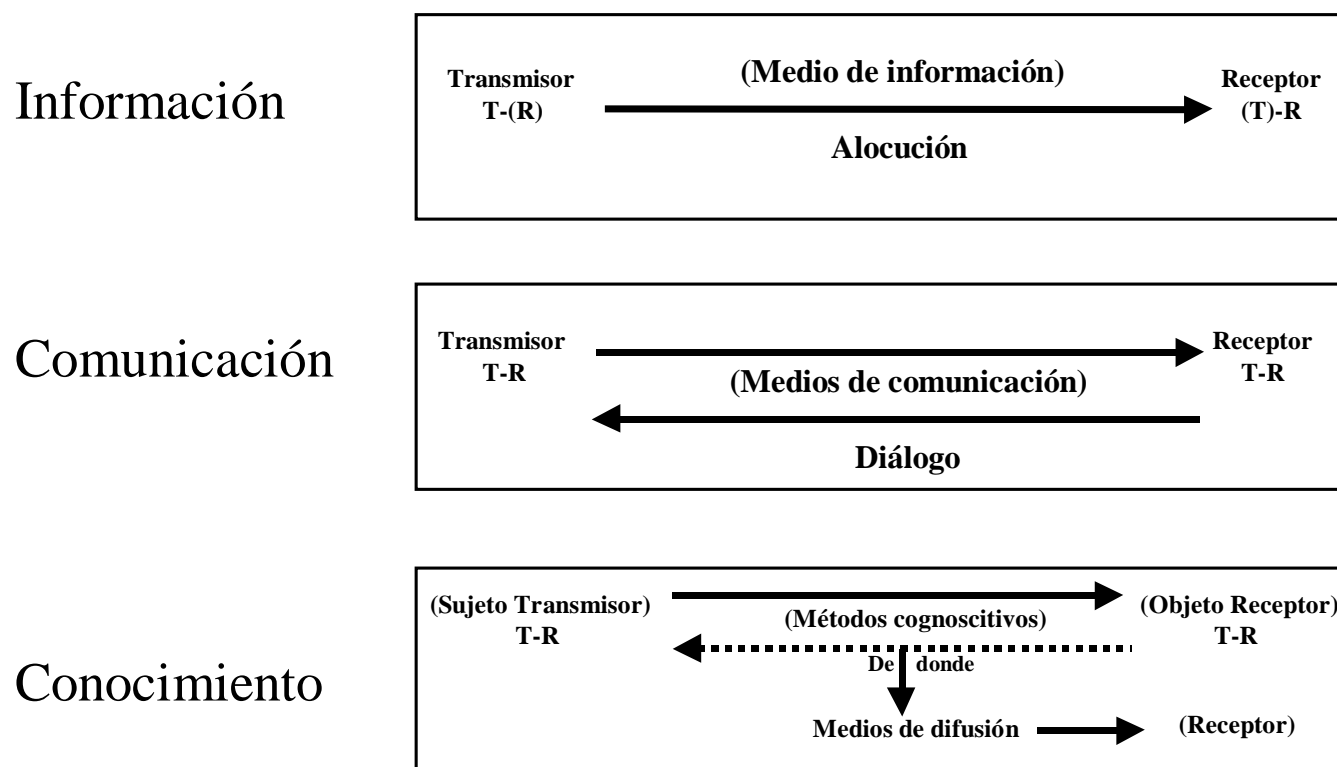
el término “receptor” es un eufemismo que indica en realidad, el objeto, lo conocido, el término *ad quem* de la relación misma, mientras que “transmisor” es empleado para señalar al sujeto cognoscente. Aun cuando en una relación de conocimientos no hay, pues, auténtica bipolaridad del tipo intercomunicacional, el sujeto cognoscente no deja de actuar, en una perspectiva trascendental, como cosa pensante que va al encuentro del objeto equipado con “formas de conocimiento” las cuales funcionan a manera de enfoque; y ello viene a ser una manera de “transmitir” algo al otro término de la relación, mediante una operación que en ciertos contextos filosóficos se connota con la expresión literal de in-formar. Ese algo transmitido a la cosa a in-formar, que le otorga sentido y la convierte justo en objeto, “rebota” luego del objeto mismo ya convertido en “conocimiento-del-objeto”, es decir, con contenido.⁶⁸

Esto implica que en la relación de conocimiento, el transmisor envía mensajes al receptor, pero cuando en correspondencia el receptor envía mensajes al transmisor, no sólo envía mensajes, sino que el transmisor también recibe información extra acerca del receptor; por tanto en esta nueva relación el transmisor se erige como sujeto cognoscente y el emisor como objeto de conocimiento.

En diagramas, Pasquali lo explica así:⁶⁹

⁶⁷ *Ibid.*: 53. Pasquali llama coeficiente de comunicabilidad a la capacidad tipificable y cuantificable de que dispone un transmisor T para enviar mensajes a un receptor R (*ibid.*: 52).

⁶⁸ *Ibid.*: 64



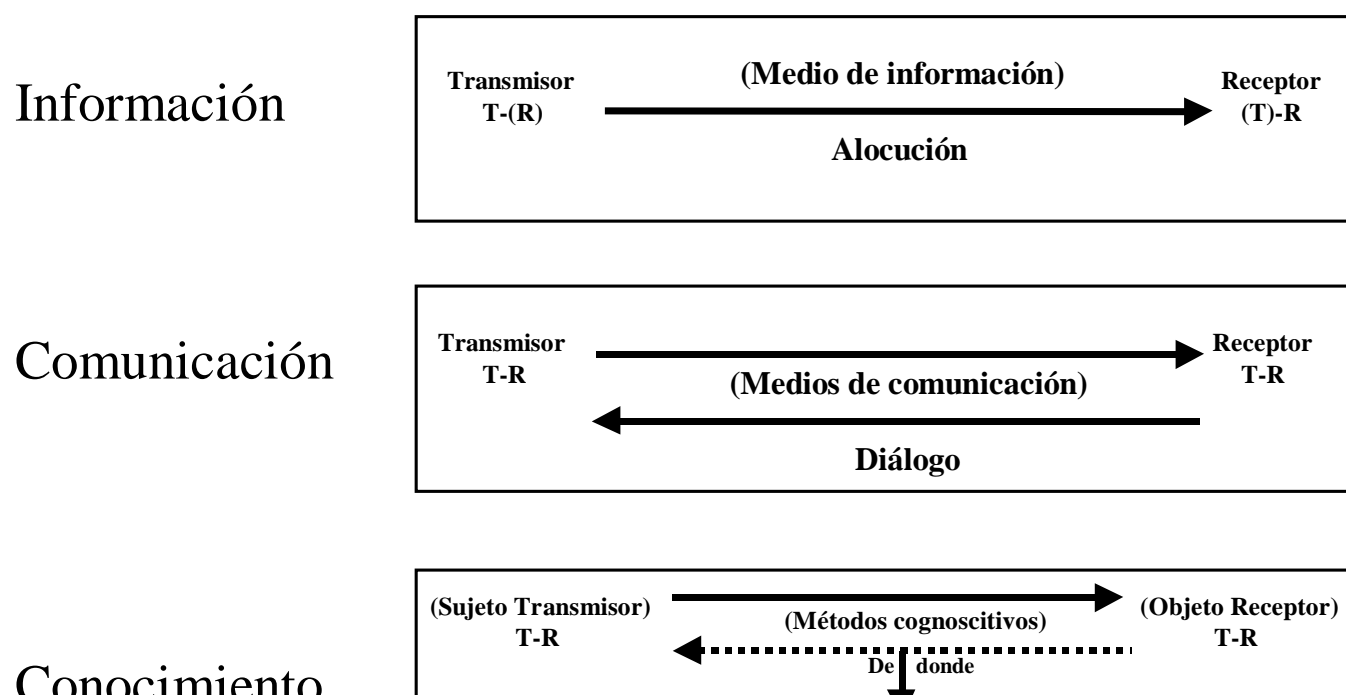
En la relación de conocimiento, el nuevo producto “puede ser puesto a circular luego por cualquiera de los medios de comunicación de que dispone el hombre; los mismos que se utilizan para la comunicación o la información pero que, debido al uso específico, hemos de llamar en este caso *medios de difusión*”.⁷⁰

Modelo de difusión en salud pública

Al aplicar el esquema que propone Pasquali al proceso descrito en los capítulos anteriores para el caso concreto de la campaña de cólera, se tiene un paradigma de difusión en salud pública que parte de la información epidemiológica proveniente de los niveles operativos locales, jurisdiccionales y estatales del SINAVE (y que fueron descritos en capítulos anteriores). Esta información da cuenta de los riesgos y daños a la salud que se presentan en

⁶⁹ Basado en *ibid.*:63.

⁷⁰ *Ibid.*: 64.



la población por mes, grupo de edad y entidad federativa. El modelo queda descrito de la siguiente manera:

1. Ante la ocurrencia de un brote que requiera una respuesta institucional en cualquier nivel y concretamente por medio de una campaña de difusión a la población abierta,⁷¹ los responsables de las estrategias de comunicación e información deberán recopilar información acerca de los factores de riesgo.
2. El equipo de difusión deberá discriminar el tipo de información que dirigirá a cada población en particular, de acuerdo con sus características y factores de riesgo.
3. El equipo responsable de la difusión deberá convertir esta información en mensajes para su difusión, de acuerdo con sus destinatarios.
4. Estos mensajes tendrán las siguientes características:
 - a) Deberán, primero que nada, alertar a la población, haciéndole saber que su salud está en riesgo, es decir que, dadas sus características socio-demográficas, puede contraer el padecimiento.
 - b) Los mensajes serán cortos y señalarán claramente cuáles son las conductas que la población deberá propiciar o evitar para acotar los riesgos contra su salud.
 - c) Es preferible utilizar verbos activos; serán más efectivos a la hora en que la población los recuerde.
5. Deberá hacerse una discriminación de los medios y los mensajes; es decir, si hay diferentes tipos de público receptor para diferentes tipos de mensajes, tendrá necesariamente que hacerse una selección de medios.
6. Para optimizar recursos económicos, deberá utilizarse medios masivos de comunicación para enviar mensajes a la población abierta, dejando los materiales impresos para grupos muy localizados y específicos. La experiencia ha demostrado que los carteles y anuncios tienen un alcance muy limitado en la difusión a la población.
7. Debe distinguirse además tres momentos en este proceso:
 - a) Mensaje enviado

⁷¹ Ésta es una decisión que corresponde a las instancias normativas del Sector Salud; para ello cuenta con normatividad aplicable, como las diferentes Normas Oficiales Mexicanas para la vigilancia epidemiológica, así como manuales de procedimientos que señalan, en cada caso particular, las medidas que se han de tomar al respecto; la difusión es sólo una de ellas.

- b) Mensaje recibido
- c) Mensaje aprendido

Eso significa que no es suficiente difundir información para que la población modifique sus hábitos. Tampoco lo es asegurar que la población reciba el mensaje; la tarea no estará completa sino hasta que la población aprenda los mensajes y practique las conductas recomendadas. Esta distinción es muy útil para detectar fallas y para rectificar pasos y procesos en el modelo.

8. En el uso de los medios masivos de comunicación, debe tenerse en cuenta que un *spot* en formato de anuncio comercial debe contener poca información, pero dirigida por medio de frases hechas, lemas y *jingles*,⁷² actúa como vehículo del mensaje y lo lleva a niveles de percepción no consciente que propiciará la adopción de conductas automáticas, inconscientes. Una nota inserta en un noticiero o programa de atención al público capta la atención consciente del espectador; es el vehículo de la información completa y de los argumentos.
9. Las ilustraciones y elementos gráficos son menos importantes que la homogeneidad en la imagen de la campaña; por eso será conveniente que, a partir de elementos de diseño comunes (que además no tienen por qué ser logotipos complicados o colores llamativos), todos los materiales impresos compartan características de diseño, integren una imagen institucional, y hagan identificables los materiales provenientes de la institución; eso favorecerá su recepción en la población.
10. Una vez enviada la información, para que esta relación pueda ser dialógica y bidireccional, es necesario que el transmisor se convierta en receptor y viceversa.⁷³ Para ello, este modelo propone regresar a la información epidemiológica.⁷⁴ La variación en

⁷² Un *jingle* es una tonada musical con la que se canta un lema en un anuncio comercial.

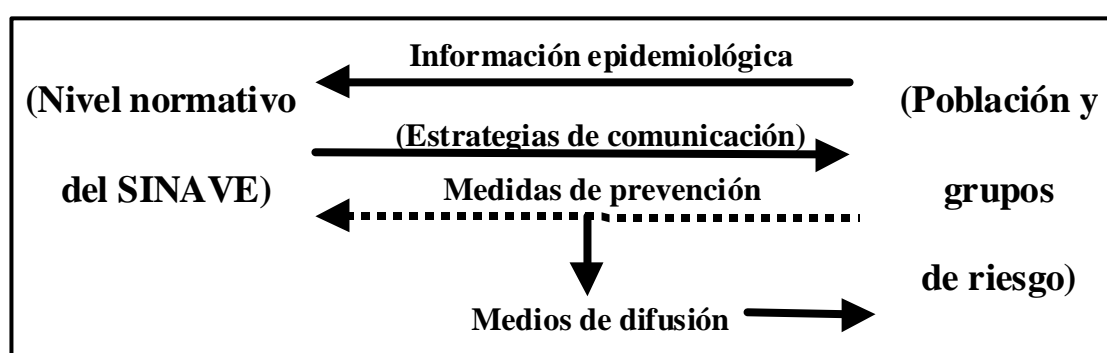
⁷³ Pasquali advierte sobre la conveniencia de una relación dialógica y contra la información unidireccional: "Psicológicamente hablando, la pasividad del receptor de informaciones presenta todos los síndromes de la frustración. Cuando en la relación unilateral predomina un contenido de 'difusión'; es decir, cuando ella vehicula el producto de una relación de conocimiento (científica o poética), la situación no suscita en el receptor la necesidad de réplicas inmediatas, y pasa sin estridencias. El receptor es quien proyecta recibir y callar [...] En las sociedades culturalmente subdesarrolladas y sometidas a un híbrido monopolio económico-político de sus medios de información, nadie tiene legítimo y libre derecho de apelación (o, si lo llega a tener, una cortina de silencio hará inoperante el esfuerzo), configurando un monstruoso cuadro de frustraciones y represiones colectivas" (*op.cit.*: 70).

⁷⁴ Rojas Soriano (2001) propone en estos casos la aplicación de encuestas; sin embargo, la cantidad de recursos que requiere, además del tiempo necesario, obligan a utilizar otro tipo de fuentes de información, como la epidemiológica, que si bien no corresponde a ese "legítimo y libre derecho de réplica", del que habla

la prevalencia, la incidencia por grupos de edad, los factores de riesgo asociados, incluso la fuente de notificación, puede indicar el grado de penetración que los mensajes de la campaña han tenido, así como la respuesta de la población.

11. Esta nueva información, proveniente de la población, o de los grupos de riesgo en particular, proporciona datos acerca del impacto de la campaña, además del nuevo panorama epidemiológico de la población. Pero sabremos más cosas entonces acerca de la población: tendremos más información acerca de los mensajes y medios a los que la población es más y menos sensible. Esto conforma un nuevo conocimiento en otro nivel, ya no nada más del estado del proceso salud-enfermedad de la población, también de las estrategias de difusión más adecuadas y cómo responde la población a ellas. Este nuevo nivel permite la integración de nuevos conocimientos, que servirán para modificar, ajustar o reforzar las estrategias, los medios y los mensajes en una segunda etapa de la campaña.
12. Se deberá dirigir, por los medios de difusión más efectivos para cada sector de la población, los nuevos mensajes que adviertan de nuevos factores de riesgo y su prevención, o que enfatizen los anteriores, de acuerdo con la información recibida y el nuevo conocimiento conformado. Éste es el paso para integrar ese “saber-en-común” del que habla Pasquali y que es un elemento estructural de la sociología cultural.

Si se toma el paradigma gráfico de Pasquali, el modelo de difusión en salud pública tendría la estructura siguiente:



Pasquali, sí permite acercarnos a conocer el impacto que la información remitida antes está causando en la población.

Este esquema muestra que la información epidemiológica, en el primero y el segundo momento del proceso de difusión completo, es el vehículo por el que la población dirige información a los niveles normativos del Sistema Nacional de Salud, que como vimos es la instancia de toma de decisiones, en cualquiera de sus tres niveles: jurisdiccional, estatal y nacional. Por su parte, son los medios de comunicación, convertidos en medios de difusión, los que se encargan de llevar la información que la población necesita tener para combatir los riesgos y daños a la salud que provienen del evento epidemiológico en cuestión.

Este modelo es, desde luego, perfectible. Hace falta explorar las potencialidades de otros métodos de recopilación de la información proveniente de la población; haría falta incorporar al modelo, de una manera sistemática, la aplicación de encuestas de impacto, que suelen ser caras, pero que con personal operativo trabajando en ello en los tres niveles puede considerarse. También hace falta explorar las posibilidades de las nuevas tecnologías de intercambio de información, como Internet, que puedan agilizar este proceso de intercambio de información.

Desde luego, este modelo está pensado para su aplicación en salud pública, para la cual ya hay un sistema de información consolidado; sin embargo, puede ser aplicable a diferentes áreas, en las que se apliquen programas dirigidos al gran público y de los cuales se necesite conocer su impacto, como educación o seguridad pública. Éste es el primer esfuerzo de sistematización, y hasta donde se conoce no tiene antecedentes; el camino está abierto, las metas están planteadas; es cuestión de continuar el esfuerzo.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se ha dado cuenta del proceso que llevó al diseño, planeación, ejecución y reajuste del componente de Comunicación Educativa del Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera. La intención ha sido reflexionar acerca de los motivos, razones y argumentos que sustentaron la toma de decisiones en cada paso de la campaña de difusión; pero lo más importante es la propuesta de un modelo que pueda servir para tareas semejantes, en cuyo diseño se integraron aportaciones teóricas del campo de la sociología médica y de la teoría de la comunicación, además de la propia experiencia en estas tareas.

A partir de los canales de información que utiliza el Sistema Nacional de Salud, la información epidemiológica por jurisdicción, municipio y estado llega a las instancias de decisión en el nivel central; con ella se conoce cuáles son los riesgos y daños a la salud que están afectando a la población; esta misma infraestructura es utilizada por el sistema para hacer llegar información hacia las comunidades, en caso de que sea necesaria una respuesta institucional. En el caso concreto del cólera, fueron analizadas sus características clínicas y epidemiológicas, factores de riesgo y modos de infección más importantes de la enfermedad, con el propósito de generar información útil para diseñar las medidas de prevención y control; estas medidas se convirtieron en mensajes durante la campaña de difusión.

Para generar mecanismos de difusión eficientes, era necesario conocer y explicar la dinámica social en donde la enfermedad aparecía; Rojas Soriano nos ayudó a inscribir el proceso salud-enfermedad en el contexto socioeconómico que lo genera. Es decir, cada formación social daba lugar a enfermedades particulares, producto de las condiciones económicas y sociales de la población; y al mismo tiempo esta situación condiciona el acceso a los servicios de salud de la población, lo que influye en la evolución de cada padecimiento. En un nivel mucho más concreto, Daniel López Acuña y Roberto Castro, estudiosos de la salud pública en nuestro país, nos guiaron hacia las condiciones concretas de los servicios de salud en México, y su reflejo en el estado de salud de la población.

Sin embargo, aún había preguntas sin respuesta; entre ellas cómo un Estado que tenía entre sus preocupaciones prioritarias la salud pública no podía prevenir y evitar epidemias como la del cólera. La respuesta provino de Ulrich Beck, quien nos ayudó a entender que México está inmerso en un contexto internacional caracterizado por sociedades “en riesgo”, que ésta condición es inherente a la misma sociedad industrial y que está al margen de las decisiones políticas de los gobernantes, así como de la voluntad de los gobernados. Es decir, toda sociedad industrial, por el hecho mismo de serlo, se encuentra sumergida en un contexto que la pone constantemente en riesgo de catástrofes ecológicas, políticas, económicas y sociales. También apoyó una certeza que intuíamos: ante tal contexto las soluciones sociales y colectivas no tienen mucho futuro; debemos dirigirnos a la población como personas en lo individual y no como colectividades.

Este trabajo describe cada elemento de la campaña de difusión, con los argumentos que apoyaron cada decisión, en cuanto a las estrategias, medios y modos; y una vez puesta en marcha la campaña, la información epidemiológica ayudó a saber la medida en que la campaña de difusión estaba penetrando en la población y causando impacto. Esta información fue muy valiosa porque permitió hacer los ajustes necesarios, reencauzar el presupuesto, desechar estrategias, intentar otras y así estar en posibilidad de llegar a la mayor parte de la población con el menor presupuesto posible.

Para lograr este objetivo, era necesario saber la manera de llegar a la población y que ésta hiciera caso de los mensajes que se le enviaban; la tesis de Marshall Becker ayudó porque delimitó el marco que los mensajes debían conservar para tener la atención de la sociedad. Con él supimos que lo anterior se lograría sólo mediante la ubicación de cada persona como parte del grupo de riesgo de una enfermedad; es decir, si las personas no se sentían en riesgo, no iban a actuar; era necesario, entonces, hacerles saber que tenían la posibilidad real de contraer la enfermedad.

Pero lo más importante ha sido aportar algo a quienes están a cargo de tareas semejantes y sistematizar la experiencia en un modelo de difusión que puede aprovechar los recursos disponibles y aprovecharlos de la mejor manera. Para el sustento teórico de este modelo, se partió de las tesis de Antonio Pasquali, quien ha diseñado una teoría que plantea una relación dialógica entre emisores y receptores de información, en la cual los receptores abandonan su papel pasivo y se convierten también en emisores de información.

Esto fue particularmente importante, ya que durante la campaña de cólera hubo necesidad de recibir constantemente información de la población y se tuvo que echar mano, en su momento, de los recursos disponibles para conocer lo que estaba sucediendo en las comunidades. En este último punto se enfatiza que la información epidemiológica es fuente importante de datos ya no sólo de riesgos y daños a la salud, sino de la dinámica social en función de los servicios médicos y los medios de comunicación.

Esto fue lo que propuso al principio y lo que se espera haber logrado. El camino continúa; cada vez son más los problemas de salud de la población; y cada vez más, las herramientas que la tecnología ha puesto a nuestra disposición; éste es sólo un primer acercamiento a sistematizar procesos, mecanismos y estrategias de difusión en el campo de la salud, pero puede aplicarse con flexibilidad a otras áreas, como la educación o la seguridad pública.

Sólo una última reflexión: hasta hace poco las tareas de difusión eran asunto de improvisación, de disponibilidad de recursos y de personal poco capacitado para ello. En este trabajo se pone de manifiesto la gran cantidad de materias, disciplinas y conocimientos que involucra la toma de decisiones en materia de difusión; capacitar personal o emplear personal especializado es una buena manera de, a la larga, no dilapidar recursos en decisiones incorrectas.

Bibliografía

BECK, ULRICH

“Teoría de la sociedad en riesgo”, en: J. Beriain (comp.), Las consecuencias perversas de la modernidad, Anthropos, Barcelona, 1996, pp. 201-222 (col. Autores, Textos y Temas Ciencias Sociales, núm. 12).

BECKER, Marshall

“Aspectos psicosociales de la conducta relacionada con la salud”, en: Freeman, Howard E., S. Levine y L.G. Reeder (comps.), *Manual de sociología médica*, SSA-FCE, México, 1998, pp. 343-369 (Biblioteca de la Salud).

BENEESON, Abraham, S.

Manual para el control de las enfermedades transmisibles, OPS, Washington, 1996.

CASTRO, Roberto

“Sociología médica en México: el último cuarto de siglo”, en: Revista Mexicana de Sociología, vol. 63, núm. 3, julio-septiembre de 2001: 271-293.

DAY, Robert A.

Cómo escribir y publicar trabajos científicos, OPS, Washington, 1996 (Pub. Cient. núm. 558).

DELGADO Ramos, Gian Carlo

La amenaza biológica, Plaza y Janés, México, 2002.

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA (DGE)

Programa Nacional de Prevención y Control del Cólera 1997, mimeo, 1997 DGE-SSA, México.

Información epidemiológica de Morbilidad 1996, DGE-SSA, México, 1999a.

Información epidemiológica de Morbilidad 1997, DGE-SSA, México, 1999b.

Manual para la Vigilancia Epidemiológica del Cólera, DGE-SSA, México, 1999c (colección manuales núm. 1).

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: La vigilancia epidemiológica en la prevención y control de enfermedades, DGE-SSA, México, 1998.

FREEMAN, HOWARD E., S. LEVINE y L.G. REEDER (comps.)

Manual de sociología médica, SSA-FCE, México, 1998 (Biblioteca de la Salud).

GUTIÉRREZ Paredes, R.M y R. Luna

“Eso que llamamos Difusión”, en: Epidemiología, boletín del SINAVE, vol. 16, núms. 24 y 25, 1998.

KAY, W.B.

Seducción subliminal, Vergara, Buenos Aires, 1991.

LÓPEZ Acuña, Daniel

La salud desigual en México, Siglo XXI, México, 1989.

MACKEN, M. B., y S. Lane Combs

Más que noticias. El poder de los medios en los asuntos públicos, Publigráficos, México, 1984.

MICHEL, Guillermo

Para leer los medios. Prensa, radio, cine y televisión, Trillas, México, 1990.

OPS

Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud, Manuales Paltex para técnicos y auxiliares, OPS, Washington, 1990.

Clasificación Estadística de las Enfermedades, Novena Revisión, OPS, Washington, 1990.

Preparémonos para los medios de comunicación, mimeo, Oficina de Información Pública, OPS-OMS, 1996.

PASQUALI, Antonio

Comunicación y cultura de masas, Monte Ávila Editores, Caracas, 1990.

“Sobre el uso instrumental de los medios masivos”, en: El orden reina. Escritos sobre comunicaciones, Monte Ávila Editores, Caracas, 1991, pp. 87-103.

“La ética en comunicación social”, en: El orden reina. Escritos sobre comunicaciones, Monte Ávila Editores, Caracas, 1991, pp. 281-288.

“Opinión pública y comunicación masiva”, en: El orden reina. Escritos sobre comunicaciones, Monte Ávila Editores, Caracas, 1991, pp. 175-177.

“La dimensión ética del comunicar”, en: El orden reina. Escritos sobre comunicaciones, Monte Ávila Editores, Caracas, 1991, pp. 353-356.

ROJAS Soriano, Raúl

Sociología médica, Plaza y Valdés, México, 1988.

Guía para realizar investigaciones sociales, Plaza y Valdés, México, 2001.

SAN MARTÍN, Hernán

Salud y enfermedad, Prensa Médica Mexicana, México, 1994.

SARTORI, Giovanni

Homo videns. La sociedad teledirigida, Taurus, México, 1998.