



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kourí". Apartado Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba
e.mail: ciiipk@ipk.sld.cu

ISSN 1028-5083

ACOGIDA A LA TARIFA DE IMPRESOS PERIÓDICOS INSCRIPTOS EN LA ADMI DE CORREOS No. 831 151 22 1

Índice

Algunas herramientas de comunicación dirigidas a la población para manejar la aparición de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización.	
<i>Esavi. Primera parte</i>	313
La comunicación	316
Tablas:	319

ALGUNAS HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN PARA MANEJAR LA APARICIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN. *ESAVI. Primera parte*

***Autores: Lic. Yasel M Santiesteban Díaz; Dra Belkys Galindo Santana
Subdirección de Epidemiología Instituto "Pedro Kourí"***

La prevención de enfermedades infecciosas mediante la inmunización se considera uno de los mayores logros de la salud pública. Sin embargo, a medida que las enfermedades inmunoprevenibles se tornan menos visibles gracias a la ejecución de programas de inmunización eficaces, se presta mayor atención a los efectos adversos de las vacunas¹. En el contexto de la vigilancia epidemiológica, el término **ESAVI o Evento Supuestamente Atribuido a la Vacunación o Inmunización**, se utiliza para referirse a cualquier evento clínico que se presenta luego de la aplicación de una vacuna.. No debe ser utilizado como un diagnóstico clínico sino como un término operativo que permite

iniciar la investigación de un evento clínico para tratar de identificar si el origen del mismo está relacionado causalmente a la vacunación recibida^{2,3}. Si bien, de acuerdo a su intensidad, los ESAVI suelen ser eventos leves o moderados, también pueden ser eventos severos. Se define como eventos severos a aquellos que son causa de hospitalización, que dejan discapacidad, o que pueden provocar el fallecimiento de la persona, y son éstos los de notificación e investigación inmediata al sistema de vigilancia de eventos adversos a la vacunación epidemiológica, por el médico de familia, ya que son eventos de suma importancia para la salud pública.^{2,3}

Muchas son las medidas que adoptan los sistemas de salud para prevenir la ocurrencia de un ESAVI, estas parten desde la producción de vacunas de muy alta calidad, la distribución, almacenamiento, cumplimiento de normas técnicas de vacunación y la vigilancia de los ESAVI.

Todo ello con el propósito de reducir al mínimo el riesgo de presentación de eventos adversos relacionados causalmente a la vacunación, tanto para quien recibe, como para quien aplica la vacuna y para el medioambiente, y así brindar el máximo beneficio de la vacunación para la población⁴. No obstante los ESAVI continúan apareciendo y en muchas ocasiones la población se preocupa, lo que implica muchas veces la negativa de vacunar a los niños del lugar, creando así estados de opinión desfavorables para el sistema de salud. Se hace entonces necesario entrenar a los responsables de la vacunación para enfrentar estos eventos desde una perspectiva comunicativa adecuada que promueva la negociación y el entendimiento con la población para lograr como fin la reanudación de la confianza y el apoyo de la gente a la campaña de vacunación.

El propósito de este trabajo es brindar diferentes herramientas comunicativas que nos permitan como profesionales de la salud dar respuesta y enfrentar toda la movilización social que sobreviene a la aparición de un ESAVI y que a su vez pone en riesgo las campañas de vacunación y la inmunización de miles de individuos.

Fases de la formulación de un plan de comunicación

Hay muchas formas de iniciar el proceso de planificación de las fases. Una de ellas es hacer un breve análisis del programa de

inmunización. Esto significa examinar los puntos fuertes y las deficiencias, así como también las oportunidades que se pueden aprovechar y las amenazas que pueden afectarlo.

Primeramente debemos identificar a los sectores más débiles (grupos poblacionales más afectados con el evento adverso) pues a partir de ellos se podrán seleccionar las áreas prioritarias para el trabajo en materia de comunicaciones.

Se debe tener una idea clara de lo que se desea realizar y por qué. Establecer metas realistas y evaluables que respalden el programa y la institución. Para la creación de un plan de comunicación se sugiere se sigan las siguientes fases⁵:

- ***Establecer los fundamentos.*** Plantear el problema. Sin una comprensión clara del problema no se pueden fijar objetivos apropiados. Los fundamentos resultan de una evaluación de la situación que explique el marco en el que se situará la iniciativa en materia de comunicaciones.

- ***Fijar metas cuantificables.*** En general las metas consisten en informar, convencer, motivar o lograr un cambio de ideas o de comportamientos. La meta indica también el lugar y el momento en que se la alcanzará, así como el tema de la intervención.

- ***Identificar la audiencia o el público objetivo.*** Identificar los grupos definidos de intereses comunes a los que irán dirigidos los mensajes. Conceda prioridad a las audiencias según el orden de su importancia.

- ***Seleccionar objetivos.*** Definir sus objetivos de acuerdo con su audiencia o público concreto. Formúlelos, según su carácter, como:

- **informativos** (para lograr la sensibilización de la colectividad)

- **motivacionales** (orientados a la acción). No olvide que todo objetivo debe ser evaluable.

• **Elegir los mensajes**: *¿Qué digo? ¿Por qué lo digo?* Señalar lo que quiere que el público objetivo escuche y retenga. Seleccione la información fundamental que se debe comunicar. Conciba mensajes conceptuales generales sobre la base de las siguientes preguntas: *¿Qué necesita oír el público y sobre qué? ¿Cuáles son los comportamientos esperados?* Recuerde que los mensajes deben ser breves y concisos.

• **Formule estrategias**: *¿Cómo lo digo?* La estrategia es la forma creativa de lograr el objetivo y brinda directrices para el trabajo del equipo. *¿A qué apelo? ¿A la emoción, al grupo, al amor?* Entre los instrumentos de comunicación utilizados para ejecutar las estrategias figuran las notas de prensa, los folletos, los anuncios de radio, los actos especiales y las entrevistas concedidas a los medios de comunicación. Usted debe velar por que estos instrumentos sean los apropiados para cada público.

• **Seleccione los canales o medios**. Cada público es distinto. Hay un canal especial para llegar a cada uno.

• **Contribuya a la producción y validación de materiales**. Deben estar pensados para cada público objetivo, tanto en su producción como en la etapa de validación.

• **Establezca un cronograma**. Es importante disponer de un calendario que defina el comienzo y el final de cada una de las actividades.

• **Determine el presupuesto**. *¿Cuánto costará la ejecución del plan de comunicación?* Este detalle es indispensable porque permite determinar el alcance del trabajo a realizar.

• **Defina las actividades de monitoreo y evaluación**. Incluye criterios de evaluación realistas, fidedignos y concretos.

La forma más generalizada de evaluar planes de comunicación —aunque no necesariamente la más eficaz— es la recopilación de recortes de prensa y la medición de la aparición en medios radiales y televisivos.

Esta es una manera de tomar el pulso a las reacciones de la comunidad, así como también a la demanda de nuevas acciones o el reforzamiento de algunas de ellas. La evaluación final debe investigar si se alcanzó la meta que el plan se propuso.

Las fases antes tratadas buscan proponer una guía, la cual puede ser adaptada dependiendo del contexto y la situación.

Según Hilda Saladrigas⁶ la comunicación se define como “La posibilidad de poner en común y expresar la esencia de un proceso sociocultural básico que se da en diferentes espacios, entre un número diverso de actores sociales que producen y hacen uso de la información de manera privada o pública: sociales, grupales e interpersonales, y que con el desarrollo industrial se ha tecnologizado, diversificando sus soportes”.

El fenómeno como vemos no es sencillo, aprender a comunicar y hacerlo bien es una tarea que lleva mucho entrenamiento y constancia si en realidad deseamos tener éxito.

En el contexto de las crisis sociales como lo son sin duda los ESAVI la reacción del personal encargado debe ser veloz y contundente, pues de no ser así, se corre el riesgo de una gran conmoción social y subsiguiente pérdida de confianza al programa de vacunación, lo que resultaría desfavorable primeramente para la salud de la población y en consecuencia para el sistema de salud.

Bibliografía

1. Vacunación segura. Módulos de capacitación: guía del facilitador. Washington, DC. : OPS. En imprenta
2. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Cómo enfrentar los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización. Lima: Ministerio de Salud, 2002.
3. Organización Panamericana de la Salud. Vacunación segura: módulos de capacitación. Módulo IV. Aspectos técnicos y clínicos de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización. Washington, DC OPS, 2007.
4. Organización Panamericana de la Salud. Vacunación segura: módulos de capacitación. Módulo I Autoridad Regulatoria Nacional. Washington, D.C.: OPS, 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud. Vacunación segura: módulos de capacitación. Módulo VII Creación de alianzas con los medios de comunicación. Washington, DC OPS, 2007.
6. Saladrigas H. Introducción a la teoría de la investigación en comunicación. La Habana: Editorial Félix Varela; 2005

LA COMUNICACIÓN

Lic. Lellanis Arroyo Rojas. Subdirección de Epidemiología.

La *comunicación* es un requisito indispensable para la socialización y la formación de la persona, así como para la aparición de los hechos sociales. Este fenómeno tiene reglas básicas: **la reciprocidad, la indexicalidad** (referencia al contexto) y **el etiquetado o construcción de estereotipos**.

Las redes comunicativas reproducen, con los puntos nodales de la información, los privilegios de la comunicación y el resto de los privilegios que se configuran en las relaciones de dominación dentro y fuera del sistema comunicativo.

Para la neutralización de las barreras comunicativas (tabúes, censuras, exclusivismo, limitaciones de la movilidad social, entre otras) se recurre a normas de comunicación institucionalizadas y protegidas, como son el **flujo libre de información: horizontal y vertical, la participación, el pluralismo y la libertad de opinión**; aunque se hace necesario acotar que

en muchas ocasiones estas normas se encuentran travestidas.

A la *comunicación*, como concepto se le conocen tres significados esenciales dentro de las ciencias sociológicas:

La capacidad del individuo de compartir con otros sus sentimientos e ideas, así como la capacidad de los grupos de entablar relaciones estrechas y confidenciales con otros (1). Todo cambio conocido de conducta, consciente o inconsciente, dirigido o no, por medio del cual una persona (o varias) influye deliberadamente en la percepción, sentimientos, ideas o acciones de los otros.

La transmisión o señalización informativa de referentes (o símbolos) socialmente significativos, donde lo que se transmite no remite a la materia o la energía, sino a la cualidad de los signos (2).

Según lo anterior, la comunicación está reconocida como una *capacidad humana*, una *necesidad básica* y un *elemento fundamental de toda relación social* entre personas.

Tiene significación sociológica que el proceso de comunicación sea bilateral (recíproco). Es requisito indispensable que los distintos participantes, del proceso comunicativo, tenga las mismas reglas de significación de señales y símbolos, o sea que tengan un lenguaje en común.

La comunicación se manifiesta a distintos niveles, cada uno de ellos tiene su peculiaridad y es relevante en sí mismo.

- 1) Comunicación intrapersonal: proceso comunicativo que se da al interior del individuo, concebido como portador de distintos roles sociales.
- 2) Comunicación interpersonal (cara a cara): la mayoría de los autores dirían que la más importante, según la cual, los roles sociales de emisor y receptor los desempeñan, alternativamente, distintas personas.
- 3) Comunicación grupal: el proceso comunicativo se desarrolla en una compleja red con múltiples direcciones de relaciones sociales entre personas que mantienen entre sí un contacto directo.
- 4) Comunicación categorial: según la cual a un conjunto de personas, por razón de diversas características sociales relevantes comunes (estrato social), se les considera predispuesta a un intercambio de información de determinado tipo.

Los autores propios de las ciencias comunicológicas registran de diferente forma los niveles para dicho proceso, todos reconocidos como un proceso sociocultural básico: interpersonal, donde predomina un lenguaje oral y gestual; grupal donde se desarrolla en mayor medida la oralidad; la

comunicación organizacional, destacándose el lenguaje gráfico y por último con un lenguaje marcadamente escrito y audiovisual, la comunicación social-global.

Sin embargo, como podemos ver los teóricos de ambas ciencias se muestran de acuerdo con respecto al **proceso comunicativo interpersonal**. Este reconocimiento lo ubica entre los procesos sociales más importantes de la historia de la humanidad. En los principios de la historia universal, los pobladores de la tierra no conocían otra vía de comunicación que el articular sonidos, o sea, la tipología de la comunicación interpersonal (cara-cara). Apelando a ella transmitían, a través de generaciones todo cuanto se sucedía en su vida cotidiana. De aquí parte, entonces, la importancia y la indispensabilidad de este tipo de comunicación, aunque al pasar de los siglos la intentemos sustituir por las bondades que brinda el avance tecnológico.

El proceso comunicacional en salud debe pasar por niveles y se reconoce a la comunicación interpersonal como el primero de ellos (3).

Uno de los factores que legitima la importancia de este nivel comunicacional, es justamente la utilización del lenguaje verbal y gestual, tal como habíamos visto anteriormente, añadiendo una mayor efectividad a la información transmitida. Por ello es que reconocemos en el su utilidad a las ciencias de la salud; sobre todo en el tópico que corresponde a la prevención de las enfermedades infectocontagiosas.

Ahora bien, tenemos en otro sentido, igualmente reconocido por los autores de ambas disciplinas la comunicación de grupo, organizacional o social-global, la cual podríamos agrupar en el gran concepto de la **comunicación masiva**.

Otero (4), plantea que entre los temas más frecuentes de necesidad de información en la población, en cuanto a salud, están: la sexualidad, fecundidad, maternidad y cómo evitar las enfermedades. En concordancia con lo anterior, en los estudios que hacen los medios de comunicación para determinar los intereses de las audiencias, aparecen una y otra vez en los primeros lugares los temas relacionados con la salud (5).

Uno de los canales más importantes, por su alcance ilimitado y sus seguidores, son los medios de comunicación masiva; estos, sin dudas son, un bastión ideológico en cualquier sociedad y en Cuba desempeñan un papel protagonista. Por esta razón es importante que la información más fiel y acertada esté al alcance de la población.

Los medios de comunicación masiva, son técnicas de difusión y reproducción de ideas (informaciones, señales, símbolos) dirigidos a un círculo de receptores muy heterogéneo (6). El problema de los efectos que tienen sobre la población que los consume, es uno de los asuntos principales que estudió la sociología de la comunicación de masas (6).

Según estudios de psicología social se ha podido determinar que los medios de comunicación de masas alcanzan e influyen en las personas en dos dimensiones: individuos singulares o al grupo social donde se desarrollan sus vidas (7-8).

Sin embargo, la teoría de la satisfacción subraya, la cualidad selectiva de los receptores activos (6,8-9), lo cual está muy vinculado al hecho de que se deben tener en cuenta las características socioculturales de los receptores hacia los que va dirigida la información y el tipo de medio que se emplea (7,10)

Bibliografía.

1. Chase St. Estudio de la Humanidad. México: UTHEA; 1966.

2. Deutsch KV. The nerves of government. Nueva York: Free Press; 1963.
3. Alonso M, Rivero R. Niveles del proceso de comunicación. En: Salabriga H, compiladora. Introducción a la teoría y la investigación en comunicación. Selección de lecturas. La Habana: Félix; 2005. p. 180.
4. Otero MH. Hacia una comunicación efectiva y humanista en ámbitos de salud. Rev haban cienc méd. 2008 enero-marzo; 4 (1).
5. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Periodistas y medios de comunicación: ayudando a crecer; (citado el 18 de enero de 2010). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DP/CD/CD/crecer.htm>
6. Hillmann K. Diccionario Enciclopédico de Sociología. 2da ed. Barcelona: Herder Editorial, S.L.; 2005. p. 145-146.
7. Rodríguez D. Una mirada a la comunicación masiva desde la psicología. Revista Psicogente. 2005 Junio; (13): 47-51.
8. Sherkovin Y. Los medios de comunicación y su papel en la vida social. En: Bello Z, Casales JC, compiladores. Psicología Social. 2da ed. Ciudad de La Habana: Felix Varela; 2002. p. 109-124.
9. Mattelar A. La recepción: el retorno al sujeto. Rev Diálogos de la Comunicación. 1991; (30).
10. Martín BJ. Recepción: uso de medios y consumo cultural. Rev Diálogos de la comunicación. 1991; (30): 4-5.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Escarlatina.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 08/10/11.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011 *
PINAR DEL RIO	-	-	3	2	0.50	0.34
ARTEMISA	-	-	6	19	2.19	6.88
MAYABEQUE	-	1	12	28	3.64	8.48
LA HABANA	2	3	73	113	4.88	7.58
MATANZAS	-	-	33	64	5.52	10.62
VILLA CLARA	-	1	32	33	5.11	5.29
CIENFUEGOS	-	1	13	23	3.46	6.09
S. SPIRITUS	1	-	20	43	6.45	13.85
CIEGO DE AVILA	-	-	4	8	1.18	2.35
CAMAGÜEY	-	2	25	51	4.74	9.69
LAS TUNAS	-	-	1	24	0.19	4.47
HOLGUIN	-	-	10	12	1.25	1.50
GRANMA	1	1	14	18	2.27	2.92
SANTIAGO DE CUBA	12	19	226	413	26.66	49.11
GUANTANAMO	-	-	9	14	2.34	3.66
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	2	-	2.32	2.32**
CUBA	16	28	483	865	5.56	9.97

FUENTE: EDO, PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES

* TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.

** LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

Algunos tipos de brotes notificados al SID. Cuba, hasta: 05/10/11.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Alimentos	4	1	230	335	2.05	2.98
Ciguatera *	-	3	23	42	0.20	0.37
Hepatitis viral **	-	-	3	2	0.03	0.02
EDA	-	-	1	5	0.01	0.04
IRA	4	1	262	50	2.33	0.45
Agua	-	-	8	26	0.07	0.23
Varicela	-	-	110	79	0.98	0.70

Fuente: Sistema de Información Directo. Tasa x 100 000 habitantes, acumulada y ajustada al período.

*Sin especificar especie. ** Sin especificar tipo.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 08/10/11**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	1	-	-**
SHIGELLOSIS	26	13	339	593	4.36	7.63
D. AMEBIANA AGUDA	-	3	25	131	0.30	1.59
TUBERCULOSIS	13	7	555	572	6.69	6.90
LEPRA	4	5	172	180	2.09	2.19
TOSFERINA	-	-	-	-	-	-**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	12618	10611	626647	519483	6717.41	5570.50
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	5	7	0.10	0.14
MENINGOCOCCEMIA	-	-	3	2	0.05	0.04
TÉTANOS	-	-	1	1	0.01	0.01
MENINGITIS VIRAL	30	42	1162	1555	13.89	18.60
MENINGITIS BACTERIANA	5	3	184	262	2.38	3.38
VARICELA	108	149	30029	29069	288.22	279.10
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	-**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	-**
HEPATITIS VIRAL	19	10	979	720	11.21	8.25
PAROTIDITIS	-	-	-	-	0.01	0.01**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	4	6	0.04	0.07
LEPTOSPIROSIS	6	5	72	94	1.29	1.69
SÍFILIS	30	20	1076	1293	13.01	15.64
BLENORRAGIA	87	81	3314	3974	37.50	44.99
INFECC. RESP. AGUDAS	141845	139965	4552520	4542214	53312.53	53209.52

Fuente : EDO PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES.

*TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.** LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

Comité Editor

DIRECTOR: Dr. Manuel E. Díaz González.	JEFES DE INFORMACION:
EDITOR: DrC. Denis Verdasquera Corcho.	
	Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	Dra. Angela Gala González (Epidemiología)

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet://www.ipk.sld.cu