

Beltrán S.; Luis Ramiro (1993) **La Comunicación contra el cólera en Bolivia situación y perspectivas**. 97 p. Estudio realizado por encargo de la Academy for Educational Development-Healthcom a pedido de USAID/Bolivia. La Paz, Junio, 1993.

LA COMUNICACION CONTRA EL COLERA EN BOLIVIA SITUACION Y PERSPECTIVAS

(Estudio realizado por encargo de la Academy for Educational
Development-Healthcom a pedido de USAID/Bolivia)

Dr. LUIS RAMIRO BELTRAN S.*
Consejero Regional en Comunicación para America Latina
Universidad Johns Hopkins
Centro para Programas de Comunicación

La Paz, Junio 10 de 1993.

-
- * Con la colaboración técnica de Ramiro Caballero y Nancy Castellón y el apoyo documental de Daniela Curnacho y secretarial de Liliana Medinacelli de Flores

CONTENIDO

INFORME DE MISION: RESUMEN EJECUTIVO	4
FINALIDADES DEL ESTUDIO	11
I. ACTIVIDADES	12
A. Reuniones	12
B. Documentación Revisada	12
C. Viajes Locales	12
REALIZACIONES	13
A. EL PROBLEMA	13
Prevenir y Curar	14
La Difusión del Mal	15
Incidencia por Edad y Sexo	15
Prevalencia por Regiones y Estaciones	16
En la Raiz: la Injusticia	17
B. LOS OBJETIVOS	18
Primera Propuesta	
Segunda Propuesta	
Racionalidad para la Eficiencia	24
C. LOS MENSAJES	
La Ingeniería Social	25
¿Bastará con la Mente?	28
Dilemas que son Desafíos	34
D. LOS PUBLICOS	35
Hacia Imágenes Diversas y Precisas	36
Mediación y Multiplicación	36
UROs y Vivanderas	37
La Bolivia Velada	38
No Hay un Sólo Público	40
Respetar las Diferencias	41
La Masa no Existe	42
E. LOS MEDIOS	44
La Prensa	45
La Radio	46
La Televisión	47
El Cine	49
La Publicidad	50
Las Agencias de Noticias	50
F. LA COMBINACION DE MEDIOS	52
Ni la TV es Omnipotente	53
El Tratamiento Cuenta	54
¿A Quién y Cuando?	55
No Hay Mezcla Mágica	56

G.	DISPOSICION Y CAPACIDAD	57
	El Organo Central de Comunicación	58
	Comunicación en Saneamiento	59
	El Nivel Departamental	62
	El Sector Privado	64
	La Falta de Racionalidad	66
H.	HACIA UNA ESTRATEGIA	70
	¿Qué es la Estrategia en Comunicación?	70
	¿Para Todos o para Una?	71
	Contenidos y Formas	74
	Lo Preventivo y lo Curativo	76
	La Atmósfera propicia	77
	¿Campanas...o Algo Más?	77
	Investigar y Otras Cosas	79
	Pero...¿ Hubo una vez alguna Masa?	80
	No Hay Magia sin Agua	81
	¿Y la Financiación?	83
V.	RECOMENDACIONES	86
	Conclusiones	86
	Sugestiones	88
	Potenciales Fuentes de más Fondos	95
	¿Dar pescados o Enseñar a Pescar?	95
VI..	LIMITACIONES	97

APENDICE

ANEXO A	LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS	
ANEXO B	LISTA DE PRINCIPALES DOCUMENTOS REVISADOS	
ANEXO C	LISTA DE ESPECIMENES DE MENSAJES ANALIZADOS	
ANEXO D	CUADROS ESTADISTICOS SOBRE COMUNICACION MASIVA	101

BOLIVIA

LISTADO DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLAS

- TABLA 1. Actividades de comunicación contra el cólera previstas para 1994.
- TABLA 2. Categorías de mensajes sobre el cólera por frecuencias.
- TABLA 3. Mensajes institucionales de materiales impresos sobre cólera clasificados según su correspondencia a cuatro comportamientos.
- TABLA 4. Bolivia: población indígena por regiones étnicas, 1990.
- TABLA 5. Bolivia: población por idiomas hablados según departamentos, 1988.
- TABLA 6. Bolivia: conocimiento en el personal de las Unidades Regionales de Salud sobre diarreas y cólera por capacitación, abril de 1993.
- TABLA 7. Bolivia: colaboración en la lucha contra el cólera por fuentes, 1992-1993.
- TABLA 8. Costo de personal para el diseño del Subsistema de apoyo.
- TABLA 9. Presupuesto general para el diseño del Subsistema de apoyo.

GRAFICOS

- GRAFICO 1. Comportamiento de la epidemia de cólera en Bolivia, 1991-1992-1993.
- GRAFICO 2. Gráfico comparativo de tasa de ataque por Unidades Sanitarias. Bolivia, 1991-1992-1993.
- GRAFICO 3. Gráfico comparativo de tasa de letalidad por Unidades Sanitarias. Bolivia, 1991-1992-1993.
- GRAFICO 4. Cronograma de actividades para el Mejoramiento de la Comunicación. Agosto de 1993 a Mayo de 1994.

INFORME DE MISION: RESUMEN EJECUTIVO

1. Nombre del Consultor: LUIS RAMIRO BELTRAN S.
- Entidad Financiadora: USAID/BOLIVIA por conducto de la ACADEMY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT en cooperación con JOHNS HOPKINS UNIVERSITY.
- Fechas de Servicio: Mayo 17 a Junio 4, 1993
- Distribución: Alice Payne, Directora de Comunicación para América Latina, Centro de Comunicación en Salud, Johns Hopkins University.
- Copias de este resumen ejecutivo a:
- Dr. Rolando Suárez, Coordinador Nacional de Lucha contra el Cólera, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
 - Dr. Virgilio Prieto, Director Nacional de Epidemiología, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
 - Dra. Jackeline Reyes, Coordinadora del Programa de Control de Enfermedades Diarréicas, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
 - Lic. Mario Claudia Dabdoub, Jefe Nacional de Comunicación Social, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
 - Sra. Sigrid Anderson, Directora de la Oficina de Salud y Recursos Humanos, USAID/Bolivia.
 - Sr. Earle Lawrence, Oficial de Salud y Población, USAID/Bolivia.

5. Breve descripción del Plan de Trabajo del Consultor

Se requirió de él un análisis de las actividades de comunicación educativa contra el cólera en Bolivia, especialmente en términos de la necesidad y la posibilidad de una estrategia de múltiples medios para la prevención y control de esa enfermedad. En tal sentido el consultor debió evaluar lo realizado y juzgar la disposición y la capacidad del país para trazar y ejecutar dicha estrategia. Recomendaciones para la acción debían cerrar su informe.

6. Principales Resultados

Bolivia sufre las tasas de mortalidad infantil más altas de América Latina: 75 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos. La principal causa de ello la constituyen las enfermedades diarréicas agudas que provocan anualmente 15.000 muertes de niños menores de cinco años de edad, esencialmente por deshidratación. Entre agosto de 1991 y abril de 1993 esas enfermedades - endémicas en este país - dieron muerte por lo menos a 26.000 criaturas. En ese mismo lapso, en cambio, la diarrea epidémica conocida como cólera sólo dió muerte a unas 600 personas, todas ellas adultas.

De las muertes de aquellos niños, - cuando menos 40 por día - no se enteran más de unas cuantas personas y eso es así desde hace varios años. Pero la irrupción del cólera, enfermedad prácticamente desconocida en Bolivia, hasta 1991, causó tal alarma y temor en gran parte de la población que los sectores público y privado tuvieron que movilizar recursos de emergencia para combatir esta epidemia, acudiendo a la asistencia externa tanto financiera como técnica.

Cerca de dos años después del brote inicial, el cólera se comporta ondulatoriamente, sin grandes aceleraciones ni bajas sustantivas, siendo lo más probable que vaya a prevalecer en Bolivia por largos años más. Y la incidencia de las otras diarreas no da señales de abatir su muy alta tasa de letalidad.

La gente pobre - que en Bolivia es la mayoría - es la que pone los muertos. La marcada falta de equidad en la distribución de todos los recursos para la vida la priva de agua potable y alcantarillado. Carece así de los servicios sanitarios que le permitan adoptar normas de

higiene que protejan su salud, evitando el contagio para no enfermarse. Y, cuando contrae la enfermedad, tiene dificultades de acceso a la terapia primordial para neutralizar las diarreas: la eficaz rehidratación. Esto último se debe, básicamente, en parte a limitaciones logísticas y en parte a ignorancia explicada por la falta de educación.

Para subsanar esa falta de educación se produjeron de prisa - entre fines de 1991 y mediados de 1992 - ante la emergencia materiales de comunicación de diversa índole y sin mucho plan ni concierto pues intervinieron en ello, tal vez con más voluntad que pericia, numerosas entidades de distinto tipo. Presumiblemente se emplearon entonces fondos considerables en este empeño, pero no hay indicación sistemática alguna sobre su efectividad. Conforme fue pasando el pánico colectivo, pese a un par de repuntes de la curva epidémica, estos esfuerzos se fueron deteniendo hasta casi desaparecer en lo que va del presente año.

El primer intento gubernamental para dar alguna racionalidad a los esfuerzos de comunicación tuvo lugar en marzo de 1992 cuando la Oficina de Comunicación Social y Relaciones Públicas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública propuso un Proyecto de Campaña contra el Cólera y Otras Diarreas a un costo de alrededor de medio millón de dólares. La propuesta no fue rechazada pero no prosperó porque no resultó posible financiarla, ni siquiera en consulta con el FIS, y tal vez también porque aún no existía un planeamiento estratégico-operativo global para enfrentar a la epidemia. Este surgió en la escena en febrero de 1993 cuando el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública formuló el Plan Nacional Diarreas/Cólera 1993-1994 y estimó su costo de realización en US\$ 8.970,500. De este total US\$ 1.122,000 fueron previstos para gastos de producción y distribución de materiales comunicativos como componente de apoyo al plan pensando también en operar para un régimen de campaña.

Aparentemente, se esperaba que la financiación para el plan viniera esencialmente de fuentes de asistencia externa. Hasta la fecha esto se ha materializado para aquel componente de comunicación solamente en un compromiso de US\$ 50,000 (30,000 de UNICEF y 20,000 de USAID) ambos

sin desembolsar aún, así como en un proyecto de la FAO relativo a vendedores callejeros de alimentos y algunos breves apoyos de asistencia técnica por el propio UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Más preocupante, sin embargo que la falta de dinero es la falta de una estrategia general de comunicación que vaya mucho más allá de los límites, siempre coyunturales y consumatorios, de una campaña, o aún de varias. Y lo mismo puede decirse sobre la falta de una estructura orgánica adecuada a las necesidades y dotada del número y la calidad de personal indispensable para acometer con razonable expectativa de éxito la colosal empresa de persuasión educativa de algo más de seis millones de personas que conlleva la estrategia general del Estado en la lucha contra las enfermedades diarreicas, incluyendo al cólera. La actual estructura es sumamente débil y poco integrada. Tan magramente está provista de personal, equipos y fondos, tan modestas son su jerarquía e influencia y tan imprecisa y errática parece ser su orientación que difícilmente podría hacerse cargo de la campaña aprobada y del todo no estaría habilitada para formular y aplicar una estrategia global como la que parece deseable.

En las esferas directivas de la lucha contra el cólera hay conciencia de la importancia que la comunicación tiene para ella, pero esto no se refleja en medida aceptable alguna en la dotación de recursos para hacer el vasto y complejo trabajo educativo que hay que hacer permanentemente y no sólo porque haya surgido una epidemia de cólera.

Se encontró de otra parte, que no hay una definición completa, integrada y precisa de los contenidos a comunicarse en función de los objetivos de salud enunciados. También se halló que no existe un conocimiento adecuado de las características psicosociales y culturales de la población en general y no se ha hecho más que en mínimo grado la identificación de los diversos segmentos del público global determinado por varios factores distintivos. Por último, se encontró que el conocimiento de la situación actual de los medios de comunicación - interpersonal y masiva, moderna y tradicional - es muy poco satisfactorio. En los últimos diez años la prensa ha experimentado transformaciones, muchos diarios con más páginas pero menor tirada cada uno de ellos; el cine ha decaído vertiginosamente; ha crecido el número de

estaciones de radio, especialmente en la frecuencia modulada y la televisión ha tenido. A partir de 1985, un exponencial aumento en cantidad de canales sin un incremento equivalente de la calidad de programación. Hay muy pocas agencias de publicidad de buena calidad y amplio alcance y las agencias noticiosas son todavía más escasas e incipientes. Predomina la propiedad privada con fin de lucro, siendo escasos y de muy poca influencia los medios de propiedad estatal.

En tales condiciones la combinación de múltiples medios no podría por sí sola elevar la aptitud de comunicación contra las enfermedades diarreicas agudas. Esa mezcla puede darse al nivel de los medios masivos entre sí y al de éstos con los de carácter interpersonal y los llamados alternativos y populares. Pero, además de ser normalmente costosa, la simple combinación no puede garantizar óptimos resultados en parte porque inclusive el alcance de los medios masivos es aún limitado, especialmente respecto de la población rural y particularmente de la autóctona. Y en parte también porque hay ciertos juegos de mensajes dirigidos a determinados segmentos del público que pueden atenderse adecuadamente sin una concertación integral de los diversos medios. En ausencia de estrategia, la sola combinación de medios - así empleada en plan de campaña de alta intensidad - corre el riesgo de no alcanzar la productividad que de ella se espera normalmente.

También se llegó en el estudio a la convicción de que no es conveniente asignar los escasos recursos disponibles para comunicación solamente al control de la epidemia del cólera. Ellos deberían servir para atacar en general a todas las diarreas y más bien prioritariamente a las endémicas que matan muchísima más gente que la colérica. Más aun, lo que realmente necesita Bolivia es una estrategia global de comunicación que apunte las acciones de todos los programas principales del sector salud. Y ésta no sería aplicable si no se forjara un muy sustantivo mejoramiento de la estructura institucional, si no se investiga y evalúa y si no se hace capacitación intensa.

Por eso en el presente estudio deseamos recomendar, en esencia lo siguiente:

Se estima el costo de este Grupo de Planeamiento en US\$ 112.326.5 tomando en cuenta que 5 de sus 8 especialistas tendrían que ser contratados en el exterior por no contar Bolivia con personal altamente calificado en las especialidades requeridas.

El espíritu que alienta a estas tres propuestas de operaciones escalonadas e interrelacionadas es contribuir a la edificación institucional de los servicios de comunicación para el sector salud de Bolivia.

Deberían evitarse los gastos coyunturales y consumatorios y preferirse los gastos reproductivos, de efectos constantes y definitivos. No habría que limitar los gastos al pago de mensajes ocasionales y desarticulados. Se debería dar respaldo preferencial a un enfoque integral de mejoramiento de la capacidad de programación, producción, distribución, investigación, evaluación y capacitación al servicio de los 6 grandes programas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, de sus derivadas líneas de acción, y de sus complementarios subsistemas de apoyo.

En suma: no dar pescados; enseñar a pescar.

El Consultor a cargo de este estudio confía en que el Comité Interagencial - integrado por organismos como el UNICEF, la OPS, la USAID y otros afines - puede sustentar con fondos de pronta disponibilidad los costos de tres operaciones que él sugiere. Y espera que la información aquí acopiada, las apreciaciones hechas y las recomendaciones formuladas resulten válidas y útiles.

===== FINALIDADES DEL ESTUDIO =====

Las instrucciones de AED/HEALTHCOM Washington recibidas de Sandy del Prado, tanto por vía de JHU/BALTIMORE como por conducto de USAID/BOLIVIA, especificaron la naturaleza del estudio en los siguientes términos:

1. Realizar una evaluación de necesidades que pudiera conducir al desarrollo de una estrategia de información, educación y comunicación para la prevención y el control del cólera, lo cual incluye:
 - Examinar los requerimientos para una intervención de comunicación por múltiples medios y dar cuenta de la actual estrategia de intervención por comunicación para la prevención y el control del cólera.
 - Analizar la capacidad y la disposición del país para sustentar una intervención de comunicación masiva. Por ejemplo, ¿dispone el personal del Ministerio de Salud a cargo del programa contra el cólera de tiempo y recursos adecuados para proporcionar apoyo a la intervención de comunicación?
 - La combinación de medios múltiples apropiado para una estrategia de comunicación contra el cólera y la posible penetración de cada uno de los medios (televisión, radio y prensa)
 - La posibilidad de éxito de los actuales esfuerzos de comunicación contra el cólera y las experiencias ganadas por ellos.
2. Reunirse con Charles Llewellyn, de USAID/BOLIVIA, con funcionarios nacionales del sector salud y con otros contribuyentes principales a las actividades de prevención del cólera, a fin de discutir con ellos las finalidades de este estudio evaluativo.
3. Informar a la USAID y al Ministerio de Salud sobre los resultados del estudio.
4. Proporcionar la versión en inglés del resumen ejecutivo a Charles Llewellyn, de la USAID/BOLIVIA.
5. Preparar y presentar el informe de viaje de consultoría en español (siguiendo el esquema habitual de HEALTHCOM para el caso) y con detalle de resultados y recomendaciones.

- III -

===== ACTIVIDADES =====

A. REUNIONES

No fue necesario para el Consultor apelar a reuniones con grupos de informantes útiles para el estudio. Recurrió solamente a entrevistas individuales con un total de 18 personas, cuyos nombres y direcciones aparecen en el Anexo A de este estudio. Las tres personas a las que entrevistó primero fueron Charles Llewellyn, de la USAID; Rolando Suarez, Coordinador Nacional de Lucha contra el Cólera del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, y Maria Claudia Dabdoub, Jefe de Comunicación Social de este mismo portafolio. Esas personas le dieron gentilmente orientación para entrevistar a las demás, lo que hizo en tres casos con ayuda de Nancy Castellón, Consultora de la Universidad Johns Hopkins en Bolivia a cargo de apoyo al Programa Nacional de Salud Reproductiva.

B. DOCUMENTACION REVISADA

Con ayuda de Ramiro Caballero, Consultor en Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins en Bolivia, y con la de Daniela Camacho, estudiante avanzada de comunicación social en la Universidad Católica de La Paz, el Consultor a cargo de este estudio acopió un conjunto de documentos sobre el cólera en Bolivia y los organizó en categorías para su manejo: técnicos, administrativos, financieros, etc. También consiguió especímenes de un buen número de mensajes impresos producidos sobre el cólera (cartillas, volantes y folletos, así como carteles) por diversas entidades, públicas y particulares. Obtuvo además en préstamo dos videos, uno preparado para la televisión y el otro como registro de una obra de teatro infantil. El Anexo B del presente estudio consigna los documentos consultados y los materiales audiovisuales. Los especímenes de mensajes figuran en otra lista dentro del Anexo C.

C. VIAJES LOCALES

El Consultor no estimó necesario hacer ningún viaje fuera de La Paz puesto que prácticamente toda la información que sintió necesaria estuvo disponible en dicha ciudad.

IV

===== REALIZACIONES =====

A. EL PROBLEMA

Desde agosto de 1991 Bolivia está entre las naciones víctimas de una pandemia de cólera tal vez peor que la que la asedió en el siglo pasado. Esta es una enfermedad diarréica aguda de severos efectos mortales no sólo sobre niños sino especialmente sobre adultos. La definen las autoridades de salud así: "El cólera es una enfermedad provocada por el Vibrio cholerae, un bacilo gram negativo curvo, con un flagelo polar que le proporciona gran movilidad." Dichas autoridades indican que en Bolivia el agente infeccioso específico es el "Vibrio cholerae" O1 biotipo El Tor, serotipo Ogawa".

"El Tor - afirma recientemente una revista estadounidense de salud - será más difícil de erradicar que la infección clásica que devastara ciudades tanto en Estados Unidos como en América Latina en el Siglo 19. El Tor puede vivir más tiempo en agua fresca como en la salada, puede infectar el pescado y se multiplica rápidamente en alimentos cocinados que se dejen sin refrigerar por varias horas. Por cada persona que resulta infectada por el Tor y cae enferma, otras tres no tendrán síntomas y, sin embargo, excretarán la bacteria, con lo que contribuirán a que la enfermedad prolifere".*

En efecto, la enfermedad se presenta en Bolivia en tres formas:

1. Infección asintomática (la más frecuente hasta un 80% de los casos)
2. Diarrea indistinguible de otras enfermedades diarréicas (aproximadamente el 15% de los casos)
3. Cólera grave, (forma típica) que es la menos frecuente (menos del 5% de los casos). Se presenta con diarrea acuosa, deshidratación, vómitos y/o calambres.

Este espectro clínico supone dificultades importantes en la lucha contra el mal. El muy elevado porcentaje de casos asintomáticos tiende a hacer que la propagación sea poco controlable puesto que la mayoría de los enfermos ni siquiera saben que padecen el mal y así no sólo corren inadvertidamente riesgo de muerte sino que, al

* Katherine Griffin, "The Time of Cholera", Health, May-June 1993, p. 88. (Traducción del autor del presente estudio)

no tomar medidas correctivas, son fuente de contagio para muchos más. Por otra parte, el hecho de que el cólera no se distinga de las otras enfermedades diarreicas lleva a recurrir a formas de combate útiles para todas aquellas. Así la población a alcanzar se torna mucho más grande y de ahí que el gobierno pretenda llegar con mensajes contra el cólera al total de los habitantes del país, con los consiguientes problemas y costos.

Prevenir y Curar

Dos son las preocupaciones centrales del personal de salud envuelto en la campaña multi-institucional contra el cólera. Evitar el contagio; cortar el paso de la infección de los enfermos a los sanos. Y, en el caso de los que ya contrajeron la enfermedad, impedir que se mueran. Lo primero es una labor de prevención que tiene que ver fundamentalmente con el saneamiento ambiental: la disponibilidad de agua, especialmente la potable; la disposición de excretas; la eliminación apropiada de basuras; el hervido de agua para la alimentación; la protección de los alimentos; el lavado frecuente de las manos, etc. Lo segundo es una labor de curación que consiste, en lo esencial, en lograr que la gente reconozca los síntomas del cólera, acuda prontamente al auxilio médico (para lo cual se han montado en estratégica profusión Unidades de Rehidratación Oral, incluyendo muchas de carácter comunitario) y tome debidamente sales de rehidratación que repongan al organismo el líquido que pierde por la diarrea. El gobierno hace distribución masiva de dichas sales, en pequeños sobres con sencillas instrucciones de uso, gracias al apoyo financiero externo.

Técnicamente, pues, el cólera es controlable; en su forma grave es sumamente letal, pero el tratamiento de rehidratación oral - simple y barato - salva las vidas de los afectados. ¿Por qué entonces no ha sido dominado el mal al cabo de casi dos años desde que entró al país?

Una razón primordial para ello ha sido el hecho de que la población boliviana padece, en muy altos porcentajes, de grave privación de agua y alcantarilla. Según datos recientes del Ministerio de Asuntos Urbanos, los servicios de agua potable abastecen al 74.7% de las viviendas, si bien en forma intermitente en muchos casos. Y en el campo la situación es peor porque esa disponibilidad apenas llega al 29.6%. Todavía es más grave la situación de los campesinos respecto de los servicios de alcantarillado que los alcanzan apenas en un 14.3%. En semejantes condiciones el riesgo de enfermedades de origen hídrico es, en general, muy alto y el control total de las enfermedades diarreicas agudas (incluyendo el cólera) luce particularmente difícil...si es que no imposible.

Otra razón sustantiva para que sea tan problemática la eliminación del cólera en Bolivia es que no resulta nada fácil ni barato hacer comunicación eficaz, preventiva y curativa, a fin de convencer a millones de personas - a lo largo de una vasta y dislocada geografía y frente a diversas características culturales - de que hagan lo necesario para no enfermarse o, en caso de haberse ya enfermado, para no morir.

La Difusión del Mal

Proveniente del Perú, el cólera entró a Bolivia en agosto de 1991 y, pese a los esfuerzos preventivos para contenerlo, se fué expandiendo progresivamente por todo el territorio nacional. Comenzó en la zona de Río Abajo del departamento de La Paz y su incidencia alcanzó en cuatro meses 206 casos y causó la muerte de 12 personas. Así la tasa de ataque para aquel año fué de 0.03 por cada 100.000 habitantes y la tasa de letalidad fué de 5.82%.

A partir de 1992 el cólera se expandió arrolladoramente a todo el país. Hubo una semana en la que se registraron hasta 1.791 casos. Se presentaron en total 23.645 casos de cólera entre confirmados y probables, con una tasa de ataque de 3.36 por cada 100.000 habitantes y una tasa de letalidad de 1.69% que supone 400 muertes. La mayor incidencia se registró en Santa Cruz, Tupiza, Tarija, Chuquisaca, Beni y Cochabamba. La mayor tasa de letalidad se registró en Potosí y Riberalta. Les siguen La Paz, Tarija, Oruro, El Alto, Cochabamba y Chuquisaca. (Véase al final de esta sección gráficos oficiales de ataque y letalidad)

Incidencia por Edad y Sexo

Los estratos de población comprendidos entre los 15 a 49 años de edad fueron los más afectados; es decir, aquellos grupos de edades correspondientes al sector productivo y entre los que se da una mayor conglomeración de personas. Sin embargo, las personas de más de 60 años de edad se mostraron particularmente vulnerables.

La predominancia inicial fué la de varones adultos, seguida por la de mujeres adultas.

En el sector urbano hubo mayor número de casos y menor letalidad, mientras que en el sector rural el número de casos fué menor pero la letalidad fue mayor.

Prevalencia por Regiones y Estaciones

El cólera se ha manifestado en Bolivia en forma ondulatoria. Hubo hasta el momento dos grandes brotes con una duración de 7 meses cada uno y con características similares. Ello ha estado relacionado con el aspecto ambiental, geológico y climatológico, además de estarlo con las condiciones deficientes de saneamiento básico.

Se ha observado que los pobladores de los valles y los trópicos son más proclives a contraer la enfermedad, especialmente por hábitos alimenticios (frecuente manipulación sin precaución higiénica) por cercanía a ríos, por sistemas de riego y carencias de agua potable, (especialmente en Cochabamba), así como por falta de hábitos higiénicos correctos.

Las áreas que actualmente sufren la mayor intensidad de ataque por la enfermedad están en Tarija, Chuquisaca, Tupiza, Santa Cruz y Cochabamba.

En La Paz, la tasa de ataque comparativamente baja se puede explicar por las condiciones climáticas (especialmente la sequedad), por los hábitos higiénico-dietéticos de la población (menos manipulación antihigiénica de alimentos, especialmente en el campo) y la acción más rápida y oportuna del personal de salud para evitar la propagación del brote.

Con el frío el Vibrio cholerae se torna menos agresivo. Por eso se anticipa una tendencia a la baja en el invierno, pero el alza tenderá a reaparecer a partir de septiembre-octubre. En general, pero no siempre, en época de lluvias y de calor se presume la mayor incidencia de casos de cólera.

Durante las primeras 16 semanas de 1993 el total de casos entre confirmados y probables asciende a 10.246, y el número de fallecidos llega a 171. Se estima, según estudios de tendencia de la Dirección Nacional de Epidemiología, que para el total del año de 1993 habría un mínimo de 20.000 casos y un máximo de 42.000 en el país. Tomando la media habrían 31.000 casos con 513 muertos. Así entre agosto de 1991 y diciembre de 1993 se sumarían 925 muertes en total.

El cólera no es una epidemia de las que puedan controlarse en un corto tiempo por más esfuerzos que se hagan contra ella. La experiencia a la fecha indica que, entre altas y bajas, permanecerá vigente en Bolivia por muchos años, como lo hará en el resto de América Latina, porque hay condiciones estructurales que contribuyen decisivamente a perpetuarla. Desde su irrupción en Perú a principios de 1991, el cólera ha causado en la región la muerte de 6.000 personas por lo menos. Y lo seguirá haciendo mientras prevalezca una organización social y económica que condena a las grandes mayorías de los países a sobrevivir entre la pobreza crónica y la miseria extrema. Evidentemente estas

enfermedades de la sociedad - que matan a muchísima más gente que el cólera desde hace muchos años - no se curan con sales....

En la Raíz: La Injusticia

En Bolivia hay clara conciencia de ello por lo menos en la esfera gubernamental. Así lo mostró el Ministro de Previsión Social y Salud Pública, el médico Carlos Dabdoub, cuando - al iniciar la ejecución del Plan Nacional de Lucha contra las Diarreas y el Cólera para 1993-1994 - hizo esta afirmación:

"El cólera es una pandemia que desde su llegada a América vino a revelar en forma cruda los grandes abismos existentes entre los países y dentro de los mismos. Viene a ser la última y violenta manifestación de la gran deuda social con los pueblos americanos, acumulada en décadas en términos de saneamiento básico, educación, higiene y acceso a servicios, en especial de salud."

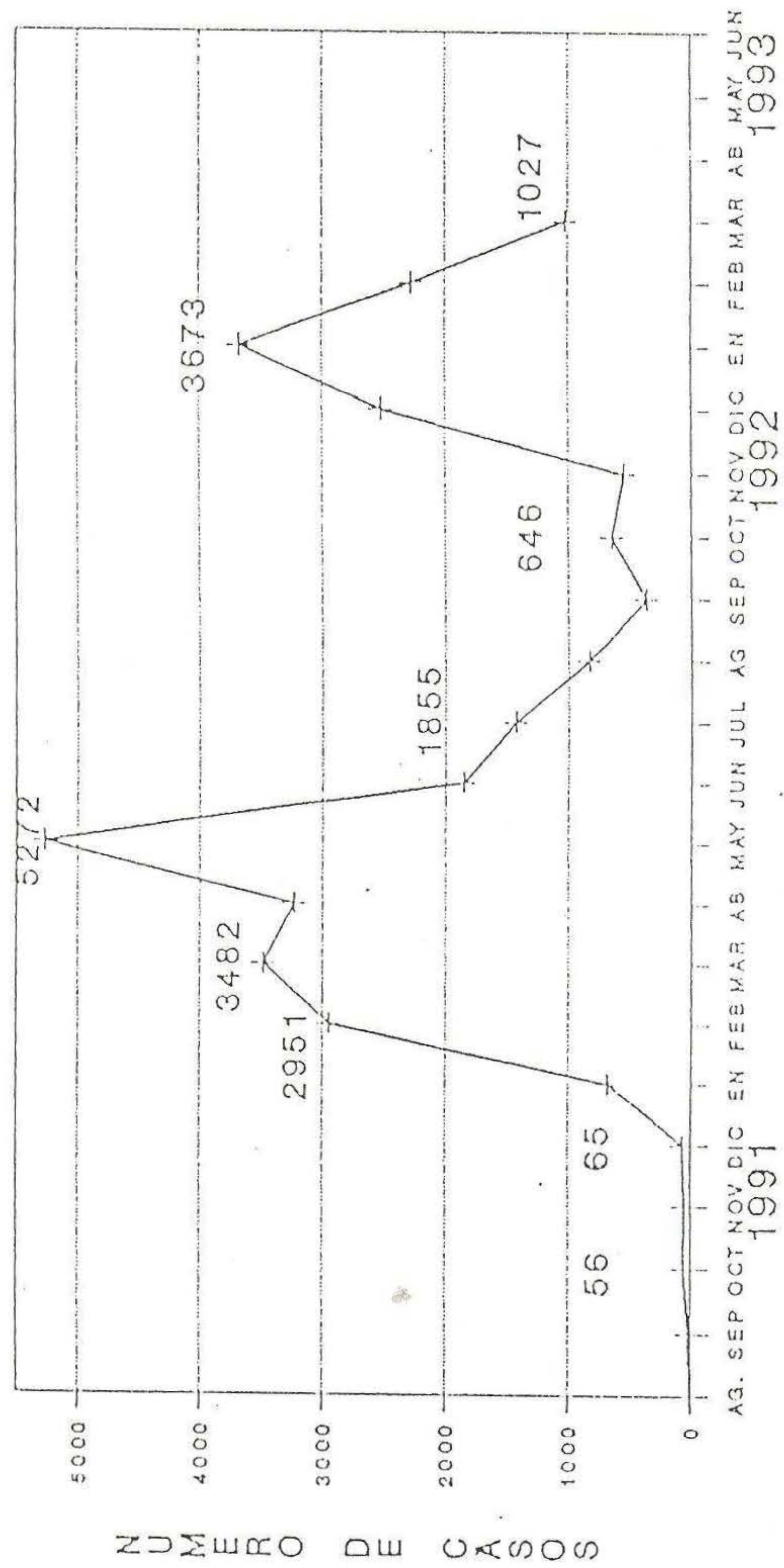
A su vez, el Director General de Epidemiología de dicho portafolio, el Dr. Virgilio Prieto se expresa así:*

"Primero que nada debemos decir que, como en toda Latinoamérica, el cólera ha desnudado la realidad económica, social y cultural de nuestro continente y, sobre todo, ha puesto en evidencia la crónica diferencia de servicios básicos... que antes quizás no la tomábamos en cuenta y que ha estado causando una serie de daños a la salud... Entonces el cólera, cuando se presenta en Bolivia, afecta a la gente más deprimida económicamente; por ejemplo los campesinos de Rio Abajo que no tienen servicio de agua potable, que toman agua de los desechos de la ciudad de La Paz... Entre las áreas urbanas el cólera se ha asentado sobre todo en las áreas urbano-marginales, también de mayor depresión económica.

El mapa epidemiológico de la ciudad de La Paz, por ejemplo, nos demuestra que en toda la Zona Sur en el año 1992 no se ha tenido un solo caso... En otras zonas del país la gente más pobre, la gente con menos conocimiento, con menor cultura y con menores posibilidades económicas - como en la de las tribus indígenas - ha sido afectada..."

* Transcripción parcial de una conversación grabada entre dicho funcionario y la Jefe de Comunicación del Ministerio de Salud, Lic. Claudia Dabdoub, como uno de sus aportes documentales al presente estudio.

COMPORTAMIENTO DE LA EPIDEMIA DE COLERA EN BOLIVIA 1991 - 1992 - 1993

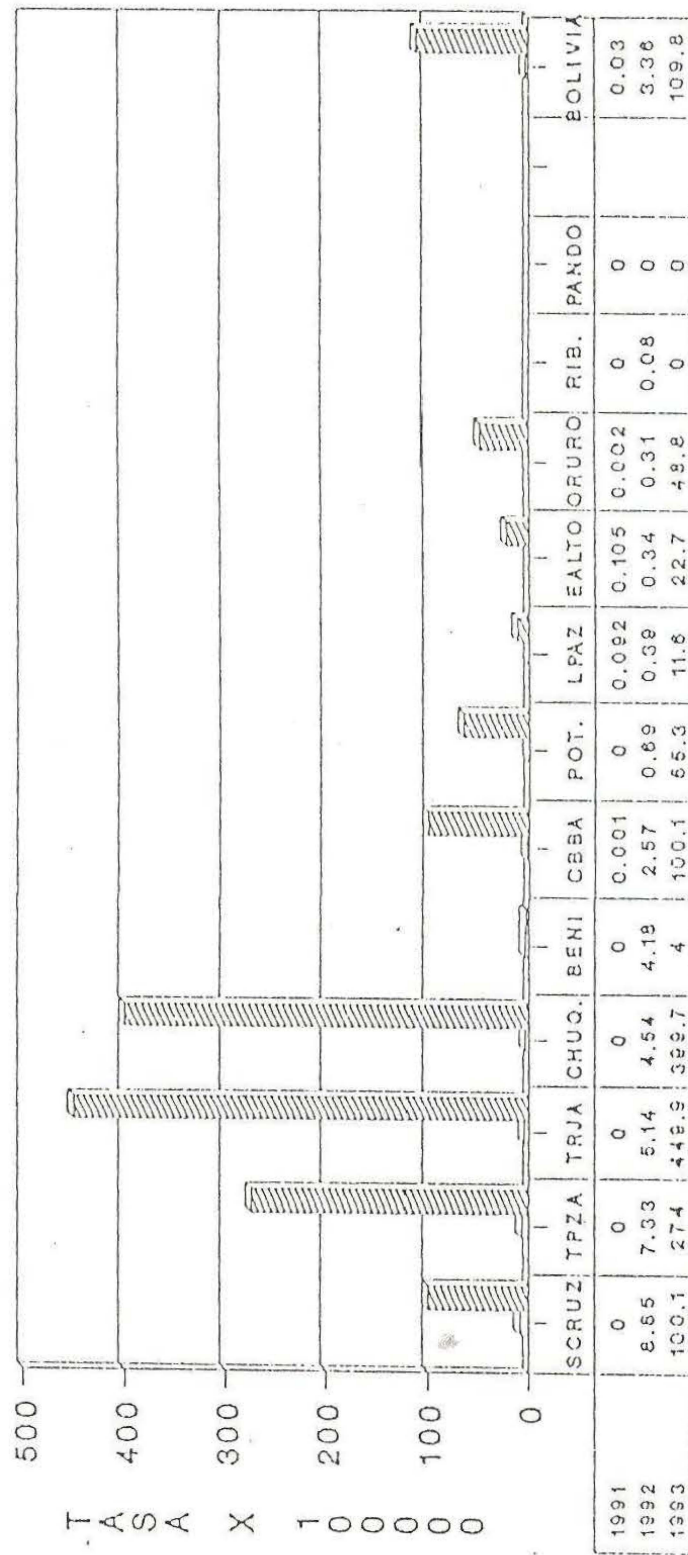


MESES

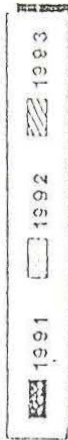
DIRNALEP/PROG. COLERA
GPG/XVJ

BOLIVIA

GRAFICO COMPARATIVO DE TASA DE ATAQUE POR UNIDADES SANITARIAS BOLIVIA 1991-1992-1993



UNIDADES SANITARIAS

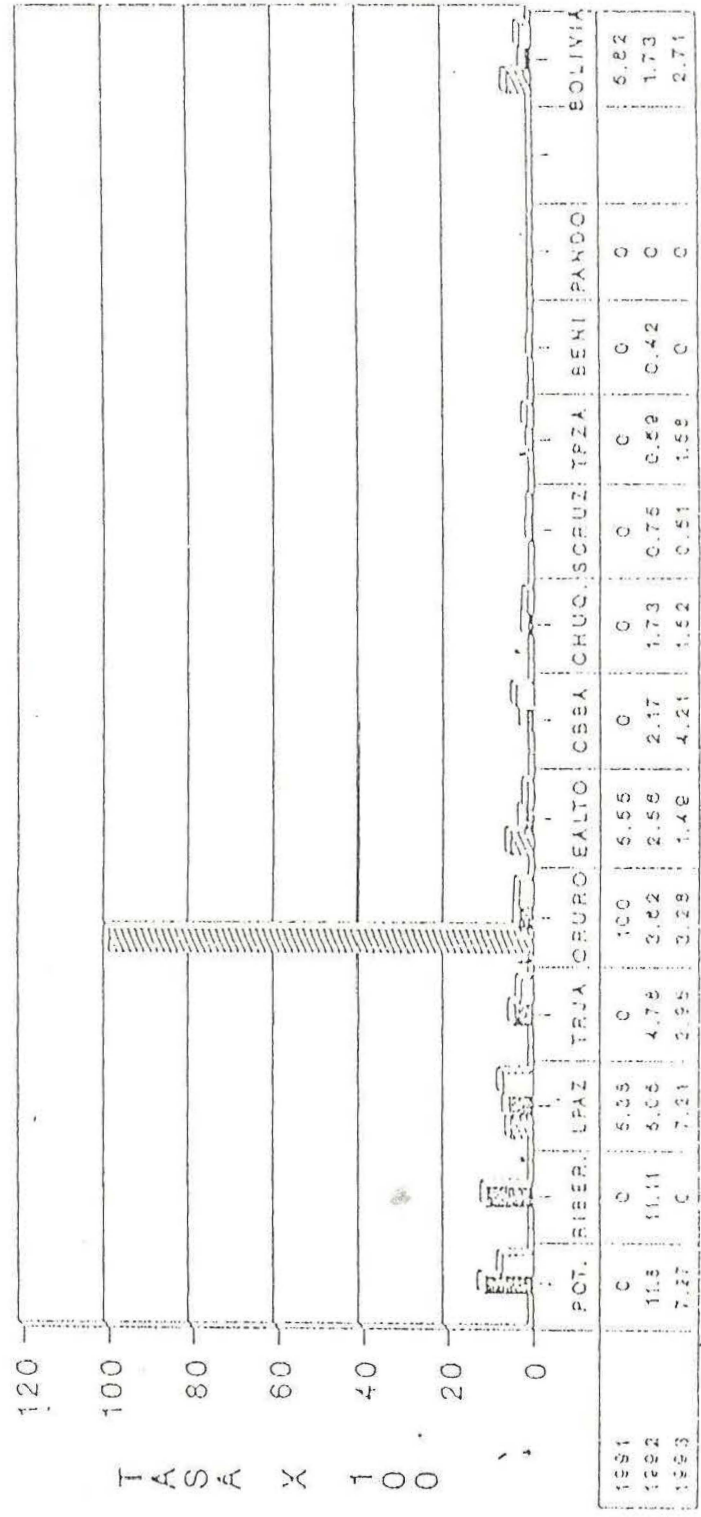


DIRNALEP/PROG. COLERA
GPG/XVJ

• Los datos de 1993 son solo del primer trimestre.

BOLIVIA

GRAFICO COMPARATIVO DE TASA DE LETALIDAD POR UNIDADES SANITARIAS BOLIVIA 1991 - 1992 - 1993



UNIDADES SANITARIAS



DIRNALEP/PROG. COLERA
GPG/XVJ

* Los datos de 1993 son solo del primer trimestre.

BOLIVIA

B. LOS OBJETIVOS

Como ya se lo ha indicado, el cólera irrumpió en Bolivia en agosto de 1991 aunque algunos habían supuesto que no lo haría. Ante la dura realidad el gobierno tuvo que improvisar medidas de prevención y control tanto en las áreas médica y sanitaria como en la social; es decir en la parte de información, educación y comunicación. Algo semejante hicieron, con la misma voluntad de servicio, varios organismos no gubernamentales con financiación de distintas fuentes externas. Puesto que la emergencia no permitió al principio mucho planeamiento ni coordinación, estos meritorios empeños iniciales tuvieron que correr el riesgo de no lograr una alta efectividad en relación con su costo.

Primera Propuesta

En el ánimo de propiciar una sistematización racionalizadora de la producción y distribución de mensajes, aproximadamente a fines del primer trimestre de 1992 el órgano central de comunicación del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública propuso un Proyecto de Campaña contra el Cólera y Otras Diarreas. Preveía que ella se realizara entre noviembre de 1992 y julio de 1993, siguiendo etapas de lanzamiento, refuerzo y mantenimiento, a un costo total de US\$ 511.000.

Los objetivos generales de ese proyecto fueron éstos:

- "1. Lograr la concientización general de la población sobre los riesgos y las medidas precautorias que deben tomar con respecto a la enfermedad.
2. Disminuir los casos de cólera y de diarreas en el país."

En cuanto al público, el proyecto señalaba que "los mensajes estarán dirigidos a toda la población, poniendo mayor énfasis en las zonas rurales, barrios marginales de las ciudades y áreas con gran concentración de personas."

Los medios, todos masivos, irían a emplearse así:

"Televisión, en canales de difusión nacional y canales locales en departamentos de mayor riesgo de contagio.

Radio, a nivel nacional, en ciudades y principalmente en emisoras provinciales utilizando el idioma nativo de la región.

Prensa, en las ciudades, únicamente a nivel informativo.

Afiches, a realizar la pegatina en zonas rurales, periféricas del país.

Volantes, deberán repartirse principalmente en grandes concentraciones y en barrios periféricos con alto riesgo de contacto."

Los proyectos anticipaban que "el medio masivo más utilizado para abarcar los tres sectores especificados será la radio, porque llega a todos los rincones del territorio nacional, y además exige muy poca concentración para su receptividad."

¿Alcanzó ejecución este proyecto? Según la Jefe de Comunicación Social del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Lic. Claudia Dabdoub - promotora de este esfuerzo para sistematizar las acciones de comunicación - el proyecto no fue puesto en práctica, en parte porque su costo se consideró demasiado elevado y no hubo, de todas maneras, disponibilidad pronta y efectiva de fondos como para enfrentar el problema en sus grandes dimensiones.

Al recrudecer el cólera, especialmente después del invierno de 1992, la alarma volvió a estimular en varias instituciones el activismo voluntarista que produjo nuevos lotes de materiales de comunicación - diversos y dispersos - sin base en investigación, sin obedecer a una estrategia, sin sujetarse a planes ni asegurar presupuestos, sin efectiva coordinación de recursos y sin fiscalización ni evaluación. En efecto, meritorio como sin duda fué este empeño, ha debido ser también costoso. Y prácticamente nadie se ocupó de medir sistemáticamente su impacto en el comportamiento de la gente.

Además de la escasez de fondos, tal vez otra de las razones importantes para que este proyecto no hubiera prosperado fue que todavía no existía cuando él fué presentado una estrategia global del Estado para enfrentar el cólera en todos sus aspectos, en la que pudiera enmarcarse la comunicación. Aquella resultó posible solamente entre el primero y el segundo mes de 1993 cuando el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública delineó un Plan Nacional de Lucha contra las Diarreas y el Cólera con el objetivo global de disminuir la incidencia y la letalidad de esas enfermedades. Fueron derivados de éste objetivos específicos para los seis componentes operativos del plan: coordinación, administración y organización; vigilancia epidemiológica y control de brotes, atención de casos, logística y suministros, saneamiento ambiental e información, educación y comunicación.

El objetivo específico asignado al último componente fué el de "mejorar las actitudes y prácticas de la población en instituciones y organizaciones de base en acciones de prevención y tratamiento de EDA/cólera".

La meta general del programa fué enunciada así:

"Reducir la letalidad por cólera a menos del 1%, mantener la tasa de ataque alrededor de 4 por mil; y la mortalidad por diarreas en menores de cinco años en 20%, en 2 años."

Segunda Propuesta

Las metas trazadas en dicho plan nacional global, para el componente de información, educación y comunicación fueron estas:

1. Lograr que el 100% de la población conozca qué es un URO-C*, su logotipo de identificación y la ubicación de la URO más cercana a su vivienda.
2. Lograr que el 90% de las familias conozca y 70% aplique las 3 reglas para manejo de EDA** en el hogar: incremento de líquido, continuación de la alimentación y búsqueda de atención por personal de salud.
3. Lograr que el 90% de la población conozca la forma de transmisión y medidas de prevención y 70% aplique medidas de prevención de EDA/cólera.
4. Lograr que el 100% de la población conozca el SRO*** y su utilidad en el tratamiento de EDA/cólera.

Aquel mismo documento oficial recalcó tales propósitos mediante estos enunciados temáticos que considera prioritarios:

- Adopción de medidas de higiene y saneamiento para la prevención de las enfermedades diarréicas aguas (EDA) incluyendo al cólera.
- Promoción de los Sobres de Rehidratación Oral (SRO) de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y de las Unidades de Rehidratación Oral (UROs).
- Manejo efectivo de diarreas incluyendo el cólera en el hogar.
- Promoción del uso de los servicios de salud.

* = Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria

** = Enfermedad Diarréica Aguda

*** = Sobre de Rehidratación Oral

Es claro por estas finalidades que el gobierno intenta llegar con mensajes anti-cólera al total de la población de Bolivia, o sea a algo más de 6 millones de habitantes distribuidos sobre alrededor 1.100.000 kilómetros cuadrados de altiplano, valles y llanuras selváticas. Sólo alcanzar a semejante número de personas es en Bolivia, de por sí, un gran desafío. Pero además el gobierno aspira a lograr a que entre la gran mayoría (del 70 al 90%) y la totalidad de la población comprendan ciertas cosas y hagan ciertas cosas. Es decir que el Estado trata de inducir, a corto plazo y en escala masiva, un cuadro de comportamiento pro salud basado en el aprendizaje de algunos conocimientos específicos y en la concomitante adopción de determinadas prácticas concretas.

Posiblemente nadie haya tenido que intentar antes una empresa de semejante magnitud y complejidad en Bolivia. La que se podría considerar ligeramente parecida a ella es la de convocar a las elecciones generales para el cambio legal de gobierno. Pero este emprendimiento luce mucho más simple y de menor alcance que la lucha para abatir el cólera. Inducir a la gente a votar para escoger gobernantes es proponer un comportamiento muy sencillo comparado con los que se requieren contra el cólera. Además la campaña electoral busca persuadir del cumplimiento del deber de votar sólo a alrededor de un 25% de la población del país. Y, excepto por cierto grado de abstención ciudadana, no tendrá que enfrentarse a grandes barreras para el cumplimiento de su propósito. La lucha contra el cólera, en cambio, equivale a una gigantesca, costosísima y muy larga batalla de persuasión que debe superar altos escollos socio-culturales y físicos para alcanzar éxito consiguiendo las conductas apetecidas.

Se advirtió prontamente que la ejecución de esa titánica tarea de persuasión demandaba la intervención de la comunicación social, especialmente la de alcance masivo. Por eso en el programa-presupuesto diseñado por el gobierno para 1994, a un costo global estimado en US\$ 8.970.500, se asignó al componente de información, educación y comunicación la partida de US\$ 1.122.000. Con cargo a ella se proyectó para 1994 la ejecución de las actividades que se enumeran a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1

ACTIVIDADES DE COMUNICACION CONTRA EL COLERA PREVISTAS PARA 1994

Actividad	Resultado Esperado	Requerimientos	Trimestre Año 1994	Costo en Miles US\$	
Diseño de la estrategia de comunicación social	Establecer una estrategia nacional de comunicación del Plan	-Consultor internacional por 2 semanas	1o.	8.0	
		-Reunión Nacional de comunicadores de las 12 Unidades Sanitarias	1o.	3.0	
Diseño, validación, producción y difusión de material audiovisual	Contar con material educativo para TV en las áreas temáticas de: -Promoción de SRO y TRO -Promoción de manejo de casos en el hogar -Medidas higiénicas y saneamiento para la prevención de la Diarrea/Cólera -Promoción de URO-C -Promoción de servicios de salud	-40 spots de T.V. de 30"	1o. y 3o.	60.0	
		-10 documentales de 7 minutos	1o. y 3o.	30.0	
		-Difusión	1, 2, 3, 4	388.0	
		-Reunión Nacional de validación	1o.	4.0	
Diseño, validación, producción y difusión de material sonoro	Contar con material educativo para radio en las áreas temáticas de: -Promoción de SRO y TRO -Promoción de manejo de casos en el hogar -Medidas higiénicas y saneamiento para la prevención de la Diarrea/Cólera -Promoción de URO-C -Promoción de servicios de salud	-40 cuñas de radio en quechua, aymara y español de 45" c/u	1o. y 3o.	20.0	
		-30 microprogramas de 10-15" en tres lenguas	1o. y 3o.	30.0	
		-Difusión	1, 2, 3, 4	121.0	

Diseño, validación, producción y distribución de impresos	Contar con material educativo impreso en las áreas temáticas de:	-60.000 afiches	1o. y 3o.	19.5
		-2.500.000 volantes	1o. y 3o.	17.5
	-Promoción de SRO y TRO	-5.000 rotafolios	1o. y 3o.	75.0
	-Promoción de manejo de casos en el hogar	-1.500.000 plegables	1o. y 3o.	24.0
	-Medidas higiénicas y saneamiento básico para la prevención de la Diarrea/Cólera	-500 publicaciones de prensa	1o. y 3o.	125.0

Desarrollo de comunicación alternativa	-Ferias educativas	-Refrigerio	1o. y 3o.	100.0
	-Reuniones con la comunidad	-Papelería	1o. y 3o.	
	-Eventos deportivos	-Perifoneo	1o. y 3o.	80.0
	-Reuniones con Juntas de Vecinos y Clubes de Madres			

Monitoreo y evaluación	-3 reuniones con comunicadores sociales	-Pasajes y viáticos	3o.	9.0
	-Supervisión dos veces por año a las 12 Unidades Sanitarias	-Pasajes y viáticos	1, 2, 3, 4	8.0

TOTAL: 1.122

Hay diferencias entre las dos propuestas para valerse de la comunicación en la lucha contra el cólera. Por ejemplo, la segunda agrega recursos de comunicación interpersonal alternativa a los medios masivos comerciales. En cambio, la primera destaca el uso de la radio, especialmente para las áreas de habla no española. La segunda enuncia con mayor precisión los resultados a buscarse. La primera tiende a definir más claramente los segmentos críticos del público, como el de los vendedores callejeros de alimentos. La segunda asigna una proporción muy elevada del presupuesto estimativo a los costos de difusión de mensajes por televisión pero introduce elementos de validación, monitoreo y evaluación y así por el estilo.

Diferencias como las anotadas son importantes pero no insalvables. Al contrario los elementos esenciales de las dos propuestas son armonizables para dar base a una tercera que tendría la ventaja de formar parte de la estrategia global que ahora sí existe. Pero esto demanda una estrecha integración de labores entre el órgano central de comunicación del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y otras dependencias del mismo, especialmente las de saneamiento que hacen comunicación sobre todo de persona-a-persona mediante personal de campo.

Racionalidad para la Eficiencia

Antes de tal reformulación pareciera indispensable y urgente que los comunicadores comprometidos contra el cólera optaran por valerse más de la investigación científica para conocer mucho mejor al público al que quieren llegar y a los medios por los cuales deberán tratar de hacerlo. Relacionada con ello está la necesidad de establecer en firme la aptitud de planeamiento sistemático de la construcción de los mensajes y del uso de los medios a fin de reducir al mínimo lo intuitivo e impresionista y aumentar así la efectividad del esfuerzo de comunicación a costos razonables. Y, cerrando esa cadena de procesos de racionalización del trabajo, será también necesario aprender a hacer fiscalización (monitoría) constante, metódica y confiable, así como evaluación científica.

En ausencia de estas habilidades, la eficiencia es inalcanzable y así Bolivia, de seguir actuando improvisada y descoordinadamente, podría consumir mucho esfuerzo y costosos recursos sin lograr el óptimo uso de la comunicación al servicio de la lucha contra el cólera.

C. LOS MENSAJES

En su origen los mensajes sobre el cólera no son generados por expertos en comunicación para la salud. Son los especialistas en la materia - médicos, ingenieros, laboratoristas, enfermeras, etc. - quienes principalmente determinan qué es lo que se le va a decir a la gente. Cuando el contenido de los mensajes queda así definido entran los comunicadores en acción para dar a los mensajes las formas que estimen adecuadas a los distintos segmentos del público a los que tendrán que dirigirse. Su deber es lograr que los legos entiendan lo que los doctos proponen y se sientan motivados a actuar en consecuencia. Esta es una delicada misión porque, entre otras razones, no siempre es fácil hacer compatible la comprensibilidad con la fidelidad.

La Ingeniería Social

En la comunicación social para vencer al cólera, como en toda otra instancia de comunicación educativa, los mensajes trasuntan intenciones de modelación de comportamientos. Se quiere que la gente piense, sienta, y haga algo para cuidar su salud. Por tanto, se busca dar información, generar motivación y provocar acción. Esto a su vez, supone brindar a la gente conocimientos, instarla a que adopte actitudes y enseñarle a que realice prácticas. En general, brindar conocimientos suele ser menos difícil que forjar actitudes y puede ser aún menos difícil que enseñar prácticas. En cuanto a conocimientos y, en menor grado, respecto de actitudes, los medios de comunicación masiva pueden ser muy efectivos. Pero los medios de comunicación interpersonal - por contacto de cara a cara - les llevan clara ventaja en cuanto a enseñar prácticas. Muchas veces hay que hacer las tres cosas, escalonadas o juntas, y hay que combinar medios de los dos tipos. Ningún medio -ni siquiera la atractiva y cara televisión- es "el mejor" para todo y para todos.

¿En qué grado pudieran haber influido en la producción de mensajes sobre el cólera en Bolivia, hasta la fecha, consideraciones como esas? Ante la ausencia de sistemas de investigación-planificación-fiscalización-evaluación no es posible dar respuesta bien fundada a preguntas como esta. Sin embargo algunas aproximaciones y especulaciones son posibles.

Para el presente estudio, por ejemplo, se hizo brevemente un intento esquemático de análisis elemental de mensajes limitado por el plazo de dos semanas previsto por aquél. Revisando ligeramente el contenido de 71 mensajes en 23 volantes, folletos y afiches producidos por una veintena de organismos de gobierno y de entidades no gubernamentales se pudo, en primera instancia, identificar la concentración de mensajes en torno a un núcleo temático, presumiblemente clave. En segunda instancia, se

clasificaron los mensajes por su correspondencia a las tres categorías de comportamientos buscados: pensar, sentir, y hacer (o no hacer, si el mensaje estaba enunciado en forma negativa). Las 4 categorías del núcleo temático enunciado se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2

CATEGORIAS DE MENSAJES SOBRE EL CÓLERA, POR FRECUENCIAS

C A T E G O R I A S	f	%
1) SANEAMIENTO AMBIENTAL	45	63.4
* Recomendaciones sobre higiene personal	11	
* Recomendaciones sobre limpieza del hogar incluyendo eliminación de basuras, excretas y desechos	12	
* Recomendaciones sobre el uso de baño y letrinas	5	
* Recomendaciones para hervir el agua	5	
* Instrucciones para proteger los alimentos de suciedad, insectos y animales	9	
2) TRATAMIENTO MEDICO	21	29.6
* Reconocimiento de síntomas	3	
* Instrucciones de procedimientos por el médico	9	
* Recomendación de búsqueda oportuna de ayuda médica	2	
* Propiciamiento de vinculación entre las comunidades y los centros de salud	5	
3) PRECAUCION	4	5.6
* Alertamiento sobre el peligro de rápida muerte por los efectos del cólera	4	
4) TOMA DE CONCIENCIA	1	1.4
* Persuasión en favor del entendido de que la pobreza hace a las personas más vulnerables al cólera	1	
TOTAL	71	100.0

Fuente: elaboración propia.

El núcleo temático identificado muestra una acumulación de la gran mayoría de los materiales en dos categorías mayores: contaminación ambiental, con algo más de dos tercios del total y tratamiento médico, con cerca del treinta por ciento. Tal distribución del contenido de los mensajes luce lógica por cuanto refleja las dos prioridades estratégicas de la lucha contra el cólera. Sin embargo, tal vez la proporción en que ocurre sea exagerada al punto de descuidar casi del todo otra categoría estratégica muy importante: la sensibilización de toda la población hacia la gravedad, riesgo y origen del problema.

¿Bastará con la Mente?

Por otra parte, y ésto no se trasunta en la tabla presentada, los mensajes de este núcleo temático están dirigidos mucho más al pensamiento de las personas que a sus sentimientos, a su razón más que a sus emociones. Proponer la adopción de prácticas sin moldear actitudes que las favorezcan pudiera ser una limitante al impacto de estos mensajes.

Otras limitaciones pudieran estar en el recargo de mensajes en un solo vehículo de comunicación y en la aparente falta de ajuste de algunos de aquellos a la capacidad de comprensión del público.

La preferencia por lo cerebral sobre lo emocional se encontró también en el tratamiento de los mensajes según su clasificación bajo los rubros de pensar, sentir y hacer (o no hacer). La gran mayoría de ellos, 42 de 71, correspondieron al rubro hacer; 20 correspondieron al rubro pensar; y sólo 4 correspondieron al rubro sentir (Ver Tabla 3). Siendo lo que es el cólera, es lógico que los mensajes dirigidos a provocar acciones de defensa contra el mismo predominen sobre el conjunto, pero tal vez no tanto como para doblar la proporción de los mensajes dirigidos a estimular reflexión, ¿No habrá de por medio un exceso de frío pragmatismo?. Y tal predominio es aún muchísimo mayor en relación con los mensajes correspondientes al rubro de sentimientos: apenas cuatro apelaciones al componente actitudinal de la conducta humana.

Puesto que los comunicadores profesionales son tan escasos en el sector salud, ¿no podrá suceder que la didáctica prescriptiva de los profesionales médicos esté ejerciendo influencia acaso muy acentuada en la formulación de los mensajes?

Tabla 3

MENSAJES INSTITUCIONALES DE MATERIALES IMPRESOS SOBRE COLERA
CLASIFICADOS SEGUN SU CORRESPONDENCIA A CUATRO COMPORTAMIENTOS

Nº DOC.	MENSAJE	M O D A L I D A D E S			
		PENSAR	SENTIR	HACER	NO HACER
1 DP	No olvidemos que...	X			
	Continuar con la rehidratación oral.			X	
	Debemos seguir las instrucciones del médico.			X	
	Alimentación del paciente.			X	
	Aislamiento de la vajilla.			X	
	Lavado de las manos			X	
	Eliminación de excretas			X	
	Lavado de ropa			X	
2 DP	Teniendo cuidado con la preparación de alimentos			X	
	Teniendo cuidado con la limpieza del puesto de venta			X	
	Teniendo cuidado con la higiene personal			X	
3 DP	Evitarlo está en tus manos, lávatelas.	X		X	
	Exige alimentos bien cocidos.			X	
	Hierve el agua antes de tomarla.			X	
	Pon la basura en su lugar.			X	
	Por tu salud es mejor usar el baño			X	
	Cólera: la enfermedad de la suciedad	X			
4 DP	El cólera puede matar a una persona en pocas horas, debes buscar ayuda pronto.		X	X	
	Acudir al centro de salud más cercano			X	
	Ten cuidado, el cólera es muy contagioso.	X			
	debes protegerte.			X	
	Eliminación de excretas			X	

NO DOC.	MENSAJE	M O D A L I D A D E S			
		PENSAR	SENTIR	HACER	NO HACER
	Cólera: Toda diarrea es sospechosa. Lavado de manos	X		X	
	4 DP (Continuación) La pérdida de líquidos es muy peligrosa, se debe reponer el líquido perdido. Consumo de sales de rehidratación.	X		X	X
	5 DP ¿Cómo podríamos contagiar el cólera a nuestros clientes? Si cocinamos con las manos sucias. Sirviendo alimentos que pueden estar contaminados. Si tenemos basureros a nuestro alrededor cuando cocinamos o servimos los alimentos. Cólera: enfermedad de la suciedad	X		X	X
	6 C Cólera! Toda diarrea es sospechosa. Las unidades de rehidratación son un recurso propio de la la comunidad que todas debemos apoyar	X			
	7 C Cólera! problema de todos. Es importante que los dirigentes, los responsables de salud y toda la comunidad tengan una relación estrecha con el centro de salud de la zona. Así podemos hacerles saber cuales son nuestras necesidades.	X			X

Nº DOC.	MENSAJE	MODALIDADES			
		PENSAR	SENTIR	HACER	NO HACER
8 C	Cólera! hierva el agua antes de tomarla.			X	
	Para protegernos del cólera debemos tener mucho cuidado con el agua que bebemos			X	
9 C	Cólera: Por tu salud usa el baño.			X	
	Todos deberíamos usar el baño o la letrina para proteger nuestra salud y la de los demás. Si no tenemos un baño o una letrina en la casa, debemos construirla.	X		X	
10 C	Cólera! Enfermedad de la suciedad.	X			
	Nos protegemos del cólera evitando que las moscas y ratones se acerquen a nuestros alimentos.			X	
	Nos protegemos del cólera poniendo la basura al basurero, al contenedor o enterrándola cada día.			X	
11 C	Campaña contra el cólera. Protección de alimentos.	X			
12 C	Mejoremos nuestra salud. El cólera: enfermedad de la suciedad.	X	X		
13 C	Riego con agua servida.				X
	El agua debe ser potable.	X			
	El aseo personal da salud	X			
	Lavar bien las verduras			X	
	Mantener el puesto limpio, lejos de los basurales.			X	

NO DOC.	MENSAJE	M O D A L I D A D E S			
		PENSAR	SENTIR	HACER	NO HACER
14 S	Cólera! Evitarlo está en tus manos..lávatelas.			X	
15 A	Cólera:un problema de todos		X		
16 A	Lavemonos las manos Controlemos el cólera y las diarreas			X	
17 A	Alto al cólera! Lávese las manos después de usar el baño. Consuma sólomente alimentos cocidos. Evite acumulación de basura y la proliferación de moscas.			X	X
18 A	Evite el cólera. Lave las manos antes de comer. No consuma alimentos crudos			X	X
19 HS	Las personas que se enferman porque toman aguas contaminadas o comen comidas donde pueden haber bacterias	X			
20 HS	La diarrea común mata, pero la diarrea por cólera mata más rápidamente. Tome sólo agua hervida y cocine los alimentos.		X		X
21 HS	Salud para todos con todos ayuda a enseñar y proteger.	X	X		
23 HS	Llevar a la persona enferma a un puesto médico, sin dejar de darle líquidos.			X	

Nº DOC.	MENSAJE	M O D A L I D A D E S			
		PENSAR	SENTIR	HACER	NO HACER
23 HS	El cólera nos ataca porque no tenemos alcantarillado, ni donde echar la basura Exigimos la solución de estos servicios & la Alcaldía	X			X
TOTALES		20	4	42	5

DP= Dptico

A= Afiche

C= Cartilla

HS= Hoja suelta

Dilemas que son Desafíos

Otro de los enfoques posibles para analizar mensajes como éstos sería el de clasificarlos por tres categorías frecuentes en la comunicación para la salud en función de la intención primordial del emisor de ellos que es determinada, en parte, por las características mismas de la enfermedad. Ante el cólera hay que hacer sensibilización, prevención, y curación. ¿Las tres por igual? ¿O marcando prioridades y, si lo segundo bajo qué criterios?. Unos funcionarios de salud, los más afectos a la parte social del problema epidémico, consideran que la comunicación preventiva debiera ser la predominante. Otros de esos funcionarios, los más cifrados en la parte biológica del mal, tienden a dar prelación más bien a la comunicación curativa. (Y de la sensibilizadora - la que forja conciencia y despierta actitudes - ni unos ni otros parecieran preocuparse mucho) ¿Qué es más importante: tratar de que la gente no se enferme con cólera o impedir que se mueran aquellos que ya contrajeron la enfermedad? ¿Cabe la distinción?. ¿Es la comunicación igualmente eficaz para ambos propósitos?

¿Que se puede esperar de aquella parte del público a la que se insta a que se lave sin que tenga agua, a que la hierva sin que tenga electricidad o gas, y a que no defaque en canchones parques o calles sin que tenga baño o letrina?

Y, por otra parte, ¿que se puede decir a aquellos -lamentablemente mayoritarios- que, estando enfermos con cólera y siendo por tanto fuentes de contagio ni siquiera saben que lo padecen pues sus casos son "asintomáticos"?

La búsqueda de soluciones a dilemas de esta clase debería ser motivo de constante preocupación por quienes sean estrategas de comunicación educativa para la salud. Las decisiones para prevenir más que curar o viceversa no las tomarán ellos, por supuesto, pero, en continuo contacto observativo de los aparentes efectos de los mensajes sobre las personas, ellos pueden sin duda, dar valiosas orientaciones a médicos salubristas e ingenieros sanitarios. Sin embargo, en la revisión de la literatura pertinente para el presente estudio, no se encontraron menciones a este tipo de cuestión.

D. LOS PUBLICOS

¿A quién deben dirigirse los mensajes contra el cólera? La aspiración gubernamental es llegar a toda la población de Bolivia puesto que casi la totalidad de ella está expuesta al riesgo de la epidemia. Según el informe final que acaba de publicar el Instituto Nacional de Estadística sobre el Censo Nacional de Información y Vivienda 1992*, la población nacional llega en la actualidad a 6.420.792 habitantes. El 68.1% de esa población está situado en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz que abarcan 50% del territorio nacional y constituyen el eje central de la actividad económica, cultural y política de la nación. Del total de población, 57.5% vive en las ciudades y 42.5% en el campo, lo que indica una considerable aceleración de la migración de las zonas rurales a las urbanas en los años recientes. Hay en el país un número de mujeres (50.6%) sólo escasamente mayor que el de varones (49.4%). Y cada dos bolivianos no ha llegado aún a la mayoría de edad, pues 51.6% de la población tiene menos de 19 años.

En cuanto a educación ese mismo informe censal indica que la tasa de analfabetismo ha bajado muy considerablemente hasta llegar hoy al nivel de 20% en promedio nacional. Esto es satisfactorio y alentador, si bien en el campo el problema es todavía mucho más agudo. En todo caso, hay algunos extremos negativos que deben ser tomados muy en cuenta, por ejemplo el hecho de que esa tasa llega al 80% para las mujeres en el norte de Potosí y es también alto en general para las demás mujeres rurales. Siendo ellas obviamente importantes en la lucha contra el cólera, sería lógico considerarles como uno de los públicos especiales de cualquier campaña anticólera. Como, además, las niñas del campo tienen una tasa muy baja de asistencia a la escuela, el analfabetismo en tal medio se agranda y perpetúa. Y está, por añadidura, el llamado "analfabetismo funcional" que afecta a muchos niños y jóvenes, que habiendo aprendido a leer y escribir, lo olvidan pronto por falta de oportunidades de uso del idioma español y por la prevalencia de los idiomas nativos en su entorno hogareño y laboral. Similarmente el índice de asistencia a la escuela por niños de las ciudades es alto, 90%, en tanto que el de los del campo es inferior al 50%. En ambos casos, sin embargo, la repetición de estudios por grados y la deserción de la escuela alcanzan cifras elevadas.

La situación de penuria económica que, crecientemente aflige a la mayoría de la población boliviana es un factor que las estrategias de comunicación en salud no pueden soslayar. Según el Ministerio de Asuntos Urbanos, la parte de la población

*INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA., Censo Nacional de Población y Vivienda 1992. Resultados finales. La Paz, mayo de 1993.

situada por debajo de la línea de pobreza -con ingresos iguales o inferiores al 70% del salario mínimo vital - es muy cercana a dos tercios del total.

Hacia Imágenes Diversas y Precisas

Información demográfica general como ésta, sin duda, es un punto de partida básico para la planificación de la comunicación educativa en salud, en general y en especial en cuanto al cólera. Pero otra, más profunda y en cierto sentido también más amplia, es muy necesaria para dicha planificación. Acopiándola y organizándola, los estrategias de comunicación tienen que llegar a establecer perfiles detallados de los distintos sectores de esa población y hasta de determinados fragmentos de ella. En general los mensajes de los medios - especialmente los audiovisuales - se dirigen "a todo el mundo". Es cierto pero, en la comunicación educativa, hay que aprender a configurar los mensajes de la prensa, la radio, la televisión y el cine de manera que tiendan a atraer y a persuadir en particular a determinadas fracciones componentes del público global. Eso es lo que algunos especialistas, como los de la publicidad comercial y el "mercadeo social" llaman "segmentación de audiencia" y tiene mucha importancia para procurar que los mensajes logren el impacto apetecido. Por otra parte, ciertos mensajes requieren tratamientos específicos y exclusivamente correspondientes a algunos de aquellos segmentos a los que será conveniente llegar por separado.

Mediación y Multiplicación

Las enfermedades diarreicas agudas matan sobre todo a niños de 5 años de edad para abajo. Pero, obviamente, los mensajes para combatirlas no se dirigirán a ellos salvo en mínima medida pues, naturalmente, tienen que dirigirse a quienes gobiernan su conducta en esa tierna edad: los padres, otros miembros mayores de la familia y los maestros de jardines infantiles y guarderías.

Por inversa, puesto que el cólera grave epidémico ataca principalmente a los adultos lógicamente es hacia ellos, a quienes deberán orientarse los mensajes. Sin embargo, algunas experiencias sugieren que, además de los mensajes directos para los que están en el nivel etario de 20 a 60 años, suele ser productivo enviarles otros del mismo sentido por conducto de niños y niñas, entre los que estarán sus hijos, que podrán tener mayor poder motivador y persuasivo. Y, a su vez, una forma eficaz de influir en estos niños para que ellos influyan en los mayores, es dar información especial a los maestros de las escuelas que tienen diario contacto con las niñez. Esta estrategia de valerse de niños y maestros como mediadores y multiplicadores es precisamente la que halla muy deseable la Directora del programa antidiarreico del gobierno, la Dra. Jackeline Reyes, según lo manifestó en una entrevista para este estudio.

Algo semejante puede decirse de dirigentes de organizaciones comunitarias de base como las juntas vecinales, asociaciones parroquiales, clubes de madres, sindicatos de trabajadores y agrupaciones de campesinos. En distintas maneras y en varios grados ellos son influyentes en el comportamiento de los demás. No pocos de ellos forman parte, al nivel local, de lo que los profesionales de comunicación llaman "líderes de opinión". Una comprobación reciente de ello y en el caso específico de las juntas vecinales, fue registrada en un reciente estudio de la situación sanitaria respecto del cólera en las laderas de La Paz por el Hospital San Gabriel y la Alcaldía Municipal.

UROs y Vivanderas

En Bolivia se viene tratando de involucrar a las comunidades locales en la lucha por la salud desde 1982 cuando el gobierno del Dr. Hernán Siles Zuazo estableció en todo el país Comités Populares de Salud. Ya entonces el Ministro de Salud, Dr. Javier Torres Goitia, dispuso la instalación de Unidades de Rehidratación Oral (UROs) para poner al alcance inmediato de toda la población recursos de prevención y curación de las enfermedades diarreicas. Dichas unidades funcionaban, y funcionan ahora, atendidas a menudo por voluntarios locales que reciben cierta capacitación y atienden, por ejemplo, la distribución oportuna de las sales rehidratantes. Se los suele denominar "Responsables Populares de Salud". Y a las unidades en que así participa la comunidad se las llama UROs Comunitarias, de las que se afirma que existen hoy alrededor de 4,000, si bien no todas funcionan como se desea. Según la Dra. Ana María Aguilar, representante de PRITECH, para CCH, aquí hay otro público especial para la comunicación contra el cólera pues éste necesita mejorar sus habilidades de comunicación interpersonal y requiere la disponibilidad constante de materiales educativos sencillos como apoyo a su labor de distribuidor de mensajes básicos, de viva voz y en mano propia.

Otro público específico al que ya se dirigen algunos esfuerzos de comunicación de parte del Ministerio de Salud y de las Alcaldías Municipales es el de los vendedores callejeros y en mercados, de alimentos, golosinas y refrescos. Las condiciones en que normalmente hacen ellos su trabajo son sumamente antihigiénicas y, por tanto, los constituyen en agentes de contagio diarreico. Algunos de los mensajes de carácter general pueden servirles un poco, pero hacen falta además mensajes especialmente dirigidos a ellos y... quizás también a no pocos propietarios y operadores de restaurantes y pensiones.

Una propuesta para un Proyecto de Rehidratación Oral Comunitaria incluye entre sus públicos prioritarios a los periodistas. Prevé producir para ellos un manual básico sobre enfermedades diarreicas agudas y ofrecerles orientación mediante talleres regionales. Este público, así como el de los "líderes de opinión", es visto como importante mediador entre los funcionarios de salud y la población en general.

Identificados con este tipo de preocupaciones, funcionarios gubernamentales y asesores del UNICEF y la OPS, que analizaron en febrero de 1992 la situación del cólera en Cochabamba, hicieron esta plausible recomendación:

"Se deben hacer esfuerzos para identificar los públicos objetivo con mayor claridad para adecuar la forma y el contenido de los mensajes. Los grupos en mayor riesgo epidemiológico son en general los grupos objetivo de la comunicación social. Al realizar recomendaciones, será necesario meditar sobre su factibilidad para el grupo al cual están dirigidos los mensajes."

La Bolivia Velada

No hay mucho que buscar para encontrar a uno de los sectores principales de la población boliviana. Es muy grande y sin embargo poco advertido porque obnubila su imagen una densa cortina de menosprecio racista heredada de la mentalidad colonial. Este sector es, sin duda, el de la población indígena que en Bolivia alcanza el porcentaje más alto de América: 50.5% según un cómputo del Instituto Indigenista Boliviano a la altura de 1990. Es decir que uno de cada dos bolivianos pertenece a alguna de las tres etnias nativas, tal como lo especifican datos del propio IIB registrados en la tabla que va a continuación.

Tabla 4

BOLIVIA : POBLACION INDIGENA POR REGIONES ETNICAS, 1990

Región	Número	Porcentaje
Quechua	1.792.350	27.9
Aymara	1.286.000	20.0
Selvática	161.306	2.6
TOTALES	3.239.656	50.5

Fuente: Instituto Indigenista Boliviano, 1990.

Es importante notar que indígena no es sinónimo exacto de rural porque, aunque la mayoría de los habitantes del campo pertenecen en efecto a las etnias nativas, una creciente porción de ellas es ahora habitante de las ciudades. La Paz y, especialmente El Alto, ilustran muy claramente este hecho producido por la desbordada migración resultante de la incapacidad del campo depauperado para retener a sus juventudes. Y, aún si el proceso de mestizaje se hiciera muy acelerado en las ciudades, el vigor de las raíces culturales autóctonas es tal que ellas continuarían influyendo decisivamente y por mucho tiempo en la mentalidad y conducta de los ex campesinos.

Este lógico proceso es perceptible hoy inclusive en los estratos encumbrados de la sociedad boliviana, especialmente altiplánica, aún cuando algunos de los integrantes de aquellos no estén conscientes de esto o no deseen admitirlo.

Un estudio de UNICEF/LA PAZ de 1992 acota a propósito: "El carácter indígena de Bolivia no se limita a las áreas rurales. También se encuentra una fuerte presencia de tradiciones y costumbres autóctonas en todas las ciudades. Una estrategia de comunicación social que desconozca esta faceta vital de la realidad boliviana pecaría de contraproducente ceguera. Y sin embargo, según lo anota la misma publicación que acaba de mencionarse: "En general, los programas de desarrollo en Bolivia no toman en cuenta la idiosincracia ni el conocimiento ni los valores de sus poblaciones objetivo."

Ignorar los valores culturales de las dos docenas o más de conglomeraciones autóctonas es querer tapar el sol con la mano. Pareciera que se quisiera negar que Bolivia es un país multicultural y plurilingüe si es que no pretender, inclusive, que las agrupaciones indígenas son minorías "bárbaras" poco significativas y que sus lenguas son apenas dialectos "primitivos". Esto es falso e injusto.

En 1988 uno de cada dos bolivianos hablaba por lo menos una lengua indígena como primer idioma y el bilingüismo llegaba a proporciones importantes, como lo muestra la tabla siguiente armada con datos del Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 5

BOLIVIA: POBLACION POR IDIOMAS HABLADOS SEGUN DEPARTAMENTOS, 1988.

DEPARTAMENTO	SOLO ESPAÑOL %	SOLO QUECHUA %	SOLO AYMARA %	QUECHUA/ AYMARA %	QUECHUA/ AYMARA/ ESPAÑOL	OTROS
Beni	92.5	0.0	0.1	0.0	2.5	5.1
Benja	89.7	0.1	0.1	0.0	7.9	2.1
Pando	81.7	0.0	0.1	0.0	1.8	16.4
Sta. Cruz	79.9	1.5	0.1	0.0	12.9	5.8
Cochabamba	31.5	34.1	0.1	0.1	32.0	2.4
La Paz	72.4	1.3	19.3	0.6	56.0	0.4
Oruro	22.4	3.9	7.6	4.1	61.5	0.5
Cochabamba	14.6	50.0	0.6	0.8	53.5	0.5
Totoca	11.7	33.8	1.5	5.2	47.6	0.2

Fuente: INE, 1988

El porcentaje de la población que habla una lengua nativa como primera puede haber descendido un poco a la fecha. Pero el bilingüismo debe estar en ascenso como resultado de la creciente afluencia de agricultores a las ciudades. Crucial como es la lengua para la comunicación y la cultura, no son menos importantes otros factores de esta segunda. El hallazgo que el matemático Iván Guzmán de Rojas hiciera, hace pocos años sobre la naturaleza no aristotélica de la lógica subyacente al aymara permitió un acercamiento a la raíz de las grandes dificultades de comunicación que prevalecen entre los bolivianos que hablan ese idioma y sus compatriotas que solo hablan español. Sus lenguas trasuntan dos modos totalmente distintos de ver a la naturaleza y al hombre, al pasado y al futuro.

No Hay un Solo Público

Afortunadamente, hay entre las autoridades a cargo del problema del cólera conciencia sobre la importancia de las culturas nativas y sus idiomas, así como sobre lo erróneo que es ignorarlas en la comunicación contra aquella enfermedad. Por ejemplo, en conversación reciente con la Jefe de Comunicación del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Lic. Claudia Dabdoub, el Director General de Epidemiología de ese ministerio, Dr. Virgilio Prieto, respondió a una pregunta así:

"Yo creo que los mensajes tienen que adecuarse a los diferentes tipos de población que tenemos. Creo que el error ha estado en llevar un mensaje muy uniforme, muy de tipo general para todo el país. Debemos recordar que somos un país con diferentes tipos culturales, diferentes etnias en torno del territorio y que los patrones culturales difieren sustancialmente unos de otros."

Y, ante otra pregunta, agregó el funcionario:

"El público primario, yo creo, es aquel que está más afectado este momento, el del área rural dispersa, deprimida y con barreras culturales... El secundario serían las áreas marginales de las ciudades. Y el terciario, el personal de salud al que hay que mantenerlo permanentemente capacitado y motivado para que pueda asumir su responsabilidad."

Respetar las diferencias

Es alentador comprobar que hay también percepciones semejantes de parte de algunos organismos internacionales de asistencia al desarrollo. Por ejemplo, el UNICEF sostiene lo siguiente:

"La diversidad étnica de Bolivia no es sólo una cuestión de idiomas. Es un fenómeno que tiene que ver con la manera en que la gente percibe la realidad, la manera en que categoriza al mundo, la manera en que interpreta los acontecimientos... El concepto de autoridad en Bolivia indígena es diferente del concepto occidental... la autoridad es percibida como un servicio a los demás... La vida económica se caracteriza por la ayuda mutua en forma opuesta a la acumulación de ganancias individuales... Existen también diferencias notables en el cuidado y socialización de los niños, en las creencias, en los conceptos de salud y enfermedad y en su relación con la naturaleza... En las culturas quechua y aymara se espera que los niños sean miembros productivos de la sociedad desde edad temprana... Como en otros países de la región, la cultura occidental y la criollo-mestiza han pretendido imponer sus costumbres, valores y lenguas, restando importancia al mundo indígena. Los sistemas de educación han contribuido notablemente a la pérdida de conocimientos tradicionales, imponiendo una lengua ajena y, en general, tratando de "civilizar" al indio... La mayoría de los niños y mujeres de Bolivia son víctimas no sólo de la pobreza, sino también de discriminación lingüística y cultural. Diariamente se observan actitudes racistas hacia las poblaciones indígenas en las escuelas, en el transporte público, en los tribunales y en la vida social en general..."

Es obvio que si el comunicador no percibe y respeta diferencias como estas se expone a fracasar en sus intentos de persuadir a millones de integrantes del "público". Pocos de sus mensajes pueden tener la condición de universales. Muchos de ellos tendrán que ser particulares a las diversas culturas de la nación boliviana y a las subculturas dentro de cada una de ellas.

La Masa No Existe

Como se ha visto hasta aquí por las ilustraciones ofrecidas en esta sección, los comunicadores contra el cólera no tienen ante sí mas que por abstracción numérica a un público formado por una masa amorfa de personas indistinguibles unas de otras a las que puedan llegar por igual con un solo tipo de mensaje.

La simple atención a los datos demográficos ha subrayado algunas distinciones básicas y muy evidentes:

Hombres - Mujeres
 Niños - Jóvenes - Viejos
 Gente con educación - Gente sin educación
 Paupérrimos - Pobres - Pudientes - Ricos
 Ciudadinos - Campesinos
 Indígenas - Mestizos - Criollos
 Hispanohablantes - Hablantes de lenguas nativas

A esas diferencias hay que agregar, desde luego, aquella entre sanos y enfermos, puesto que los mensajes no podrán ser iguales para prevenir el cólera que para tratar de curarlo.

El recuento identificó además otras fracciones de población entendibles como segmentos del público total, así:

- Maestros
- Dirigentes comunales y gremiales
- Líderes de opinión
- "Representantes Populares de Salud"
- Vendedores de alimentos, golosinas y refrescos en calles y mercados
- Periodistas

Por último se ha registrado aquí un criterio de la autoridad sanitaria para jerarquizar así al público en la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas.

- Primario: El de las áreas rurales más afectadas
- Secundario: El marginal urbano
- Terciario: El personal de salud a cargo de la lucha contra el cólera.

Hay, pues, a simple vista, una gran diversidad de destinatarios de la comunicación en la enumeración que acaba de hacerse. El deber del profesional de comunicación es conocer a fondo cada una de las variantes principales, perfilar con mayor precisión las características distintivas de los múltiples y diversos segmentos de su "público general". Y tendrá que definir prioridades y forjar combinaciones todo el tiempo para poder comunicarse con éxito.

Hacer tal cosa no es fácil, toma tiempo y es costoso. Pero no hacerlo puede ser muchísimo más caro porque es dejar que el país, como lamentablemente pareciera haber venido ocurriendo en algún grado hasta la fecha, invierta "a ojo" dinero, tiempo, talento y energía en un esfuerzo que - por sólo desconocer las realidades múltiples de la gente - puede ser fallido y oneroso.

No hay otra forma de trabajar que con la gente. La comunicación no es magia. Es un arte que, bien apoyado por la ciencia, puede servir mucho a la superación del subdesarrollo en Bolivia. Sin duda, es instrumento indispensable en la lucha contra las enfermedades diarréicas agudas. Pero habrá que comenzar por darse cuenta que la masa sólo existe de verdad... en las peñaderías.

E. LOS MEDIOS

Los mensajes de los medios masivos de comunicación no llegan en Bolivia a toda la población. El medio de menor alcance es la prensa, seguido por el cine. La televisión es de alcance intermedio. El medio de mayor alcance es la radio, pero no llega a la cobertura completa.

Las causas principales de esta situación son la falta de caminos y electricidad, el alto nivel de analfabetismo ligado a la fuerte vigencia de lenguas nativas, y la pobreza creciente. La consecuencia evidente de la situación es la exclusión de un elevado porcentaje de la población del acceso a la información sobre el país y el mundo. Esto se hace agudo en el caso de la población rural, especialmente la de origen autóctono que no tiene al español como idioma nativo.

En su gran mayoría los medios de comunicación masiva son de propiedad privada y tienen propósito de lucro. Aquellos que no lo tienen - como los de la Iglesia y el Estado - son una exigua minoría.

El Estado no cuenta con diarios ni semanarios y la editorial oficial prácticamente ha desaparecido; sólo quedan imprentas en algunos órganos de la administración pública - pequeñas en la mayor parte de los casos - que producen alguna folletería, formularios administrativos, rara vez textos útiles al desarrollo y ocasionalmente carteles. Tampoco tiene hoy el Estado recursos de comunicación cinematográfica; contó entre mediados de los 50 y mediados de los 60, con el Instituto Cinematográfico Boliviano, importante entidad que dejó de existir al establecerse la televisión como monopolio gubernamental en 1969.

En cambio el Estado tiene unas pocas radioemisoras gubernamentales, universitarias, municipales, corporativas y hasta militares. Radio Illimani es la principal no sólo por su antigüedad de alrededor de 60 años sino por su actual potencia de emisión de 10 kilowatts, una de las más altas para los índices de Bolivia y, en todo caso, suficiente para abarcar casi todo el territorio nacional.

El Estado tiene, además, hoy la mayor capacidad de alcance territorial en la emisión televisiva del país debido a la exclusividad en el uso de señal de satélite para sus transmisiones.

Lamentablemente el Estado no aprovecha sino en mínima medida esas ventajosas condiciones de poderío tecnológico para la emisión de mensajes. Ello se debe en parte a los muy escasos recursos financieros que aplica al manejo de aquellos medios (lo que determina bajo nivel de personal por los malos sueldos) y en parte a la inestabilidad funcionaria que causa la política sectaria en la administración pública. En tales circunstancias

el Estado no cumple las disposiciones legales que lo obligan a emplear sus medios de comunicación masiva para fomentar la cultura propia, apoyar la educación, propiciar la integración y contribuir a resguardar la soberanía. Tampoco tiene el Estado políticas de estímulo al sector privado para que tienda a asumir alguna parte de esa responsabilidad. La única que la asume, voluntaria y eficazmente, es la Iglesia Católica y lo hace con fines mucho más educativos que confesionales. En efecto, los medios estatales de comunicación son eminentemente vehículos de persuasión política interesada. Es un hecho notorio que el Ministerio de Informaciones y las Oficinas de Relaciones Públicas de las numerosas dependencias fiscales son ante todo órganos de propaganda, institucional y hasta personal.

La publicidad - comercial y estatal - es la fuente primordial de financiación para los medios privados. Influye, por tanto, en algún grado en la naturaleza del contenido de la prensa, la radio, el cine y la televisión. Por ejemplo, estos no incluyen mensajes de interés para la población del campo, en parte porque la indígena no domina el español y en parte porque los más pobres no pueden comprar los productos que aquellos anuncian. De esta manera la comunicación masiva tiende a ser un privilegio de minorías urbanas de niveles alto y medio en cuanto a educación y economía.

La Prensa

En efecto, sólo cerca de 30% de la población boliviana lee diarios. Del total global de lectores del país 50% reside en ciudades. Y del total correspondiente al campo apenas 9% lee los diarios. En cuanto a la frecuencia, nada más que 6% del total de la población lee algún diario todos los días.

Esos bajos índices de consumo de mensajes impresos guardan una relación inversa con los altos índices de analfabetismo que aún prevalecen en el país. Por ejemplo, en el departamento de Chuquisaca se encuentra el nivel más bajo del país en cuanto a acceso a los diarios, 5.2% en tanto que la tasa de analfabetismo 61.1% es la más alta del país. En cambio, donde se encuentra el más alto nivel de acceso a los diarios, 16.6%, es Santa Cruz, departamento en el que se registra la tasa más baja de analfabetismo: 21.1%. Puesto que el analfabetismo es más alto entre las mujeres, especialmente las del campo, es muy probable que ellas tengan - en conjunto nacional - los más bajos índices de lectura de mensajes periodísticos.

En 1985 había 13 diarios en Bolivia y ahora hay 22, un número alto en relación con la población y respecto del mercado publicitario. De ellos 13 están en el eje central de población: La Paz, 7; Cochabamba, 3; y Santa Cruz, 3; la mayoría de ellos alcanza circulación nacional. Los otros diarios son de circulación solamente local en Sucre, Oruro, Potosí, Tarija, Beni

y Pando. Pero las tiradas de unos y otros son bastante más bajas que las de una década atrás. El UNICEF estimó en 1992 la circulación diaria total en 80.000 ejemplares. Las de los que tienen alcance nacional fluctúan entre 3.000 y 17.000 ejemplares; y las de los de alcance local rara vez sobrepasan los 3.000 ejemplares. Aún estimando que cada ejemplar de diario sea leído por tres o cuatro personas, el total de público alcanzado en el país por la prensa es muy bajo. (Ver en Anexo D los Cuadros 1, 2, 3 y 4)

La Radio

La radio es claramente el medio de comunicación con mayor alcance sobre la población de Bolivia. El alto número de emisoras y el bajo costo de los aparatos receptores explican, en grado apreciable, esta diferencia ventajosa sobre los demás medios. Ni siquiera la carencia de electricidad en las áreas rurales alcanza a impedir la penetración de la radio. Como se ve en el Cuadro 8 del Anexo D, la gran mayoría de la población boliviana, 73.5%, sufre aún privación de energía eléctrica. Sin embargo, como lo muestra el Cuadro 7 del Anexo D tanto como el 53.1% de los hogares rurales del país cuentan con receptor de radio, el único medio masivo al que logran acceder. El transistor y los circuitos integrados produjeron esa diferencia. Pero ni aún con tal adelanto tecnológico llega ni la propia radio a una cobertura total de los habitantes del campo, los olvidados de la sociedad boliviana. Hay según UNICEF 574 receptores por cada 1.000 habitantes, la tasa más alta de los países andinos.

Hasta 1990 había 253 radioemisoras registradas oficialmente. El 51% de ellas operaban en ciudades capitales y el resto en provincias en diferentes bandas de transmisión: 167 en onda media (AM), 22 en onda corta (SW) y 64 en frecuencia modulada (FM). El 60.8% de las estaciones se hallaba concentrado sobre el eje La Paz-Cochabamba-Santa Cruz (Ver el Cuadro 5 del Anexo D)

La mayoría de las radioemisoras de Bolivia poseen instalaciones de emisión de muy baja potencia. Alrededor de dos tercios de ellas no pasan de un kilowatt de salida y, por tanto, son de muy modesto alcance local. Apenas tres operan a escala nacional, "Fides" con 16.5 Kws., "Panamericana", con 10 Kws., e "Illimani", la emisora central del Estado, también con 10 Kws. Funcionan con alcance regional 12 emisoras con potencias entre 5 y 10 Kws (Ver los Cuadros 9 y 10 del Anexo D)

La disponibilidad de radioreceptores tiende a ser más alta en los departamentos más aislados y menos poblados: Tarija, 66.1%; Beni, 65.4%; y Pando, 64.6%. El acceso a las emisiones es, por lo general, mayor en provincias que cobijan a las capitales departamentales. (Ver el Cuadro 6 del Anexo D)

Mención especial merecen las radios que los estratos subalternos de la sociedad boliviana han sido capaces de establecer por su cuenta, o con el respaldo de la Iglesia Católica, para aliviar la situación de virtual "incomunicación" en que habían sido puestos.

Ellos son actualmente 56 y corresponden a cuatro formatos sin fin de lucro, tres con más de 40 años de vigencia y el cuarto de muy reciente data. Los primeros son el de las radios sindicales mineras, el de los radialistas aymaras de la madrugada y el de las radios católicas educativas que, - agrupadas en la red ERBOL de alcance nacional - cuentan con el 43% del total de la potencia de transmisión radial del país. El último formato tiene dos versiones: la radio sindical campesina y la radio comunitaria mamequina.

En todos sus formatos estas emisoras tienen fines de servicio público desinteresado y practican al máximo posible la participación popular y la gestión democrática en la comunicación. Comprometidas con el cambio estructural para contribuir al logro de la equidad y la libertad, ellas rara vez están, sin embargo, al servicio de intereses políticos sectarios pues cifran mucho de su influencia en la independencia y el pluralismo de puntos de vista. Su misión primordial es la educación no formal del pueblo para el desarrollo y el mantenimiento de la identidad propia y de los valores de las culturas autóctonas sin cerrarse a innovaciones. De esas emisoras 54 transmiten conjugando el español con el quechua y el aymara y solo dos lo hacen combinando el español con lenguas selváticas tupí-guaraní.

Los radialistas mineros y campesinos de los años 50, en su gran mayoría paupérrimos quechuas y aymaras, manejaron sus ejercicios de comunicación con un sentido tal de apertura al diálogo y a la solidaridad que fueron, sin saberlo, los precursores en América de lo que una década más tarde comenzaría a denominarse comunicación "alternativa", "participatoria" y "popular". Así, al dar acceso al medio a millares de personas soslayadas la práctica de la democratización de la comunicación antecedió a la teoría. (Ver los Cuadros 12 al 15 del Anexo D)

La Televisión

Mucho más que la prensa, la televisión ha experimentado recientemente en Bolivia una marcada transformación. Al romperse de facto en 1984 el monopolio estatal del medio, se produjo una vertiginosa proliferación de canales privados. Este fenómeno sin precedentes fue convalidado más tarde mediante disposiciones gubernamentales. El resultado de ello es que a la fecha hay nada menos que 71 canales a lo largo de todo el territorio nacional, incluyendo localidades de mínima población.

La gran mayoría de esos canales opera con potencias que fluctúan entre 100 y 1,000 vatios, lo que determina su muy corto alcance. Sólo hay dos excepciones a ello. Una es la del Canal 7, propio del Estado, que cuenta con 8 transmisoras y 32 repetidoras y se beneficia de acceso exclusivo a señal de satélite. La otra es la del Canal 9 que preside la red ATB que cubre todo el país por medio de 20 repetidoras.

Con escasas excepciones los canales operan a base de mínimas inversiones, con equipos elementales y empleando personal en su mayoría improvisado. Excepto por programas de noticias, deportes y "shows", la mayoría de la producción viene "enlatada" del exterior. Predominan, por tanto, los programas foráneos de entretenimiento y se destacan entre ellos las telenovelas y las series de aventuras. La programación cultural es magra, especialmente la que se ocupa de lo nacional. Y la programación educativa también es muy escasa. Este no es solamente el caso de la televisión privada. En general, la programación de la teleemisora gubernamental es prácticamente indistinguible de la de los canales comerciales. Así pierde ella la oportunidad de llegar al total de la población con mensajes útiles para el desarrollo nacional. Y la televisión universitaria, nacida en realidad para modernizar la metodología de la educación superior también opera en la práctica bajo patrones semejantes a los de la emisión comercial y se usa, igualmente, para la persuasión política.

Además de la escasa potencia de emisión, la aguda falta de electricidad en muchas partes del territorio nacional determina que la televisión tenga corto alcance y que este sea principalmente urbano. El 91.7% de viviendas tiene luz eléctrica en las ciudades, por lo cual el acceso a la televisión llega al 71.6%. En cambio en el campo, que cuenta con sólo el 26.5% de la electricidad, el acceso de la población a la televisión es de apenas 11.5%. Excepto en las del Beni, las provincias que cobijan a capitales tienen un acceso a los televisores que supera al 54%, lo que confirma la tendencia a la concentración del medio en ciudades. En suma, la televisión tiene todavía muy poco alcance fuera de los perímetros urbanos y, puesto que alrededor de la mitad de los bolivianos aún viven en el campo, este medio deja por fuera de su influencia a uno de cada dos habitantes. Los excluidos son, de nuevo, los más agobiados por el subdesarrollo. Por cada 1,000 habitantes hay 77 aparatos de recepción televisiva según UNICEF. (Ver en el Anexo D los Cuadros 16, 17, 18 y 19)

Aproximadamente en dos tercios del total, la financiación de los canales televisivos proviene de la publicidad que ocupa elevados porcentajes del tiempo de emisión. La mayor parte del gasto publicitario - comercial y estatal - por medios masivos de comunicación es absorbida por la televisión. Le sigue la prensa, luego la radio y, al último, el cine.

El Cine

En Bolivia tampoco el cine ha llegado en medida significativa al campo. En 1991 habian en el país 257 salas de exhibición cinematográfica. De ellas 158 estaban en las provincias y 99 en las capitales de departamentos. Pero las provinciales no eran estrictamente rurales pues estaban en su mayoría ubicadas en poblaciones consideradas urbanas por las autoridades censales por tener más de 2.000 habitantes y por mostrar de otra parte, actividad económica importante. Por ello, probablemente, la falta de energía eléctrica no operó ahí como una limitación para la difusión filmica.

Aunque la exhibición cinematográfica viene decayendo desde hace por lo menos 15 años, en los últimos dos o tres años ha experimentado una acelerada reducción de espectadores. Esto ha ocurrido especialmente en las capitales de departamento al punto de que 10% de las salas del país tuvieron que cerrar por falta de público que justifique su mantenimiento, y no se han abierto nuevas. Esto ha conllevado una fuerte disminución de las películas de estreno en el circuito comercial. Por ejemplo, en la década 1975-1984 el promedio anual de estrenos comerciales fue de 306. En cambio, entre 1986 y 1990, ese promedio fue solo de 177.

Se atribuye este fenómeno a la competencia derivada del incremento de canales de televisión, a la profusión de videocassettes para alquiler y a la aparición del videocable.

El fenómeno no ha afectado sólo a la distribución de películas, que en su gran mayoría provienen del exterior, sino también a la producción nacional. Bolivia nunca produjo muchos filmes cinematográficos de largometraje; más bien, produjo por varios años numerosos medimetrotrajes y cortometrajes. En ambos casos hizo muchos más documentales que argumentados. Sin embargo, la calidad de esa producción fue tal que conquistó para el país en cine y en video, más de 50 premios a partir de 1955. Pero producir una película cinematográfica de largometraje sin auspicio financiador ha llegado a ser ahora prohibitivo pues, siendo la taquilla nacional muy magra y la distribución en el extranjero muy difícil, apenas se recuperan los costos - de por sí bajos comparados con los de otros países de la región - y eso muy lentamente.

El video, que cuenta con varios grupos de productores jóvenes, florece a menudo en festivales pero no consigue hacer ganancias que lo consoliden, porque no hay facilidades de distribución masiva que lo tornen rentable. (Ver en el Anexo D los Cuadros 20, 21, 22 y 23)

La Publicidad

Un mercado tan pequeño como el de Bolivia no puede dar lugar a un negocio publicitario ni muy grande ni muy bueno. Las empresas estables mayores y confiables apenas pasan de 12 y están en su mayoría en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Sólo tres de ellas tienen oficinas propias en todas las capitales departamentales. Sólo dos tienen antigüedad mayor a los quince años de experiencia. Sólo una es dependencia directa de una agencia internacional de prestigio. Y ni la mayor de ellas cuenta con una planta de más de 35 técnicos permanentes pues casi todas tienen que trabajar a base de un núcleo fijo pequeño y de técnicos adicionales en función de contratos temporales.

Las agencias publicitarias hacen uso mucho mayor de la televisión que de los otros medios y, por lo general, carecen de experiencia en el montaje de campañas de apoyo a programas sociales, como los de educación y salud. En cambio unas cuantas firmas productoras tienen cierta experiencia en este campo que ocasionalmente es aprovechada por algunas de las agencias publicitarias bajo régimen de subcontratación.

Los costos de la producción de mensajes publicitarios por medios masivos son altos pero no tanto como los de la difusión de aquellos. En general, los funcionarios del Estado no están familiarizados con el negocio publicitario: no conocen la organización, las capacidades y las limitaciones de las agencias; y no saben de "ratings" ni tarifas. En tales circunstancias la aplicación de fondos gubernamentales a campañas de comunicación encomendadas a dichas agencias puede resultar ineficaz y oneroso. Al mismo tiempo, sin embargo, el Estado no tiene - quizás con la relativa y parcial excepción del Ministerio de Informaciones - ningún órgano capaz de hacer por su cuenta comunicación masiva intensa y eficiente a escala nacional.

Las Agencias de Noticias

Todas las principales agencias noticiosas del exterior tienen corresponsalías en Bolivia, las que están agrupadas en una asociación.

La agencia nacional más importante es la "Agencia de Noticias Fides" (ANF), fundada en 1963 por la Compañía de Jesús. Sus servicios cubren todo el país e incluyen noticias de interés nacional, editoriales, artículos de firmantes notables, además de un servicio económico para abonados empresariales y la carta informativa "Notas".

Entre los abonados de ANF se encuentran más de 40 medios de comunicación, corresponsalías extranjeras, entidades gubernamentales, instituciones internacionales y empresas privadas.

Otra agencia noticiosa nacional con amplia cobertura es "JATHA", fundada en 1992 por grupo asociado de periodistas de La Paz. Sus servicios noticiosos tienen como abonados a los medios de comunicaci3n de La Paz, Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y Beni.

Tambi3n se puede mencionar a la agencia de noticias "ERBOL", creada hace poco por Escuelas Radiof3nicas de Bolivia (ERBOL), dependiente de la iglesia cat3lica. Esta agencia trabaja con los corresponsales de las 12 radioemisoras afiliadas a ERBOL en todo el pa3s.

En La Paz funciona un "Centro de Noticias" de la Sociedad de Periodistas Independientes, donde se producen programas educativos para su distribuci3n en medios y agencias de noticias.

Por otra parte, hay una media docena de cartas noticiosas, especialmente de contenido econ3mico y pol3tico, que se venden por suscripci3n.

F. LA COMBINACION DE MEDIOS

Es obvio que, al tratar de alcanzar prácticamente a toda la población de Bolivia, ha de apelarse a todos los medios posibles de comunicación. Y esto no quiere decir solamente los masivos sino también los de naturaleza interpersonal, aptos para contacto con grupos y con individuos por separado.

Hay percepción cabal de ello entre los altos funcionarios a cargo de la lucha contra la epidemia diarreica. Por ejemplo, el Coordinador Nacional de Lucha contra el Cólera, Dr. Rolando Suárez, admite que la prensa tiene en Bolivia una utilidad limitada debido al elevado índice de analfabetismo aún prevaleciente, pero anota que ella puede influir - en cambio - sobre el consumo callejero de alimentos en las ciudades y "ejerce un efecto importante en los momentos de pre-pico o pico de la enfermedad". Por lo demás, agrega este funcionario, "hay que recurrir a medios alternativos de comunicación" para poder llegar en profundidad a las capas más bajas de la sociedad". Comparte este criterio la Coordinadora del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas, Dra. Jackeline Reyes, quien atribuye a la comunicación interpersonal - especialmente con las madres de familia - importancia mucho mayor que a la comunicación masiva. Lamenta ella que la prensa y la televisión tiendan a manejar la información sobre epidemias con criterios sensacionalistas. Por otra parte estima que prácticamente nadie lee los afiches. Esta apreciación puede hallar fundamento en el hecho de que muchos de los carteles publicados sobre el cólera no son en realidad tales porque - violando el principio de ultra brevedad característico de la comunicación mural -, incluyen varios temas en letras pequeñas y con dibujos poco claros. El Dr. Oscar González, Coordinador del Proyecto Diarrea del CCH, hace una observación concomitante al recordar que un grupo de evaluación de la lucha contra el cólera vió en varias ciudades grandes de Bolivia que los carteles daban énfasis a inhibir el consumo de pescado sin tomar en cuenta que este alimento sólo es adquirido por una exigua minoría de personas pudientes que no forman parte del público prioritario de la comunicación anticólera. Añade el Dr. González otra ilustración sobre la importancia de que los mensajes hagan sentido en lo técnico y en lo social, cuando afirma lo siguiente:

"De nada vale hacer mensajes muy bonitos recomendando a la gente, por ejemplo, consumir solo aguas muy seguras si no se le da acceso al cloro y se le enseña a usarlo para la purificación del agua en la casa."

Ni la TV es Omnipotente

Conviene reiterar la noción que dicta la experiencia: no existe un medio - ni siquiera la televisión - que sirva por igual y por sí solo para llegar a toda clase de gente con toda clase de fines.

El Dr. Suárez afirma a propósito de ello lo siguiente: "Los grupos en mayor riesgo de contraer la enfermedad son los compuestos por habitantes de barrios marginales urbanos y por campesinos. La televisión no llega a ellos más que en mínima medida. Por tanto, si la usamos para tratar de alcanzarlos, podemos lograr solo escaso impacto. De ahí que tenga este medio, con algunas excepciones relativas a otros públicos urbanos, un valor reducido para nuestros fines..." A la Dra. Reyes no parece preocuparle tanto el limitado alcance de la televisión sobre la población meta como la forma en que ella maneja los mensajes: "Adoptó ante el cólera un enfoque basado en el despliegue de cifras epidemiológicas alarmantes, pero no ayudó a motivar a la gente para que tome las acciones preventivas y curativas necesarias para controlar el mal."

A ciertos propósitos corresponden determinados públicos y para llegar a estos pueden ser mejores unos medios que otros. Una comisión técnica que evaluó la situación de la epidemia de cólera en Cochabamba a principios de 1992* halló razones para recomendar, por ejemplo, lo que sigue:

"Se debe destacar la importancia de la radio por su cobertura potencial y la rapidez con que pueden cumplirse los objetivos de información y motivación."

Esto es cierto. Como casi todos los medios masivos, la radio puede divulgar conocimientos sencillos velozmente y sirve para estimular actitudes propicias a la lucha contra el cólera. Mas aún, hace esto a un costo muy bajo en comparación con los demás medios y, sin embargo con amplio alcance. Pero, en gran medida debido a que sólo se dirige a uno de los sentidos del ser humano, ella sirve mucho menos cuando se trata de enseñar prácticas específicas, de provocar adopción de comportamientos concretos y complejos. Aún si se le encomienda, por tanto, hacer solamente información y motivación, ¿sirve la radio por igual para todos los públicos?

* Integrada por el Director General de Epidemiología, Dr. Virgilio Prieto, y los asesores internacionales Jorge Mariscal, del UNICEF, y Marcia Moreira, de la OPS.

En la aguda percepción del comité arriba mencionado, la respuesta es negativa:

"La estrategia y los contenidos de comunicación para áreas urbanas, aunque se realicen en quechua, no son efectivos para áreas rurales, debiendo diferenciarse en su formulación. Se recomienda apoyar a los esfuerzos de comunicación en radioemisoras de las provincias, que tienen pequeño alcance pero gran especificidad y penetración en el campesinado."

Y el Coordinador Nacional de Lucha contra el Cólera, Dr. Suárez, recomienda, con razón, averiguar a qué horas escuchan los campesinos de cuáles regiones las emisiones radiales y ajustar en consecuencia los horarios de programación de sus mensajes anticólera.

El Tratamiento Cuenta

Pero, inclusive contando con tales ventajas, el medio no puede tener pleno impacto si el mensaje no está debidamente construido en función del público destinatario y del objetivo de la fuente. Ni siquiera cuando, en el esfuerzo de lograr comunicación con los que no hablan español, se apela a una lengua autóctona. En un idioma u otro el tratamiento que se dé al contenido del mensaje, el enfoque del asunto y el modo de decir, tienen también mucha importancia. Así lo sintió, en efecto, la antedicha comisión técnica:

"Las radios locales en las provincias están jugando un importante rol en la difusión de mensajes de salud en lenguas y con locutores nativos, sin embargo pensamos que los mensajes en gran parte son inespecíficos, y poco orientados a la detección y tratamiento de casos, requiriéndose reorientar el enfoque."

Impresiones similares fueron recogidas por medio de una encuesta sobre manejo de casos de cólera en casi todo el territorio nacional. Organizado en 1993 por la Coordinadora del Programa de Control de Enfermedades Diarréicas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Dra. Jackeline Reyes, el grupo de investigación contó también con asistencia técnica de la OPS, del UNICEF y de la USAID. Sus entrevistas con cerca de 190 médicos y enfermeras de algo más de 90 hospitales y centros de salud del país, "detectaron deficiencias en los materiales de educación". Los hallaron de cantidad insuficiente y de calidad poco adecuada a los requerimientos de la lucha contra la epidemia.

¿A Quién y Cuándo?

Coincidía, pues, este grupo que operó a escala nacional con la comisión que estudió la situación sólo en Cochabamba, la que advirtió lo siguiente: "La comunicación por medios masivos, radio y TV, en nuestro concepto no estaba enfatizando lo suficiente en la detección precoz y el tratamiento oportuno y adecuado de los casos; el promover medidas higiénicas es importante, pero en el curso de un brote de magnitud y cuando las facilidades domésticas son escasas o inexistentes tiene menor importancia este aspecto".

Observaciones como esas deben tomarse en cuenta. Muestran la falta de ajuste de algunos mensajes a las circunstancias que prevalecen en determinado momento en un dado segmento del público. No se puede recomendar a las personas nada más que se laven las manos antes de tomar alimentos cuando lo urgente en aquel instante es enseñarles a reconocer los síntomas del mal e instarlas a que acudan sin demora al auxilio médico. En lo alto de una epidemia hay que ayudar a la gente a que consiga y use las sales de hidratación oral que puedan salvar su vida; ya no es hora de decirles apenas que hiervan el agua para las comidas. Hay que saber cuándo decir qué a quién. Bien poco puede ganarse, por otra parte, con recomendar la correcta eliminación de excretas a quienes ni siquiera tienen letrinas. Y a los que cuentan con ellas se les debe ayudar a entender, según Charles Llewellyn, de la USAID en Bolivia, que ese servicio tiene la finalidad de evitar la contaminación al acabar con la fuente primordial del contagio, que son las heces no higiénicamente eliminadas.

La combinación de medios es, sin duda, deseable como parte clave de la estrategia nacional de lucha contra el cólera y las demás enfermedades diarréicas. Ella supone, por una parte mezclar los distintos medios correspondientes a la comunicación masiva y, por otra parte, conjugar todos ellos con los de carácter interpersonal. Es decir, una combinación consiste en el uso integrado de prensa, radio, televisión y cine. La otra consiste en articular todos ellos con folletería menor, volantes, rotafolios gráficos, perifoneo por altavoces (fijos y portátiles), vallas, video para uso en grupos, sonovisos, audiocassettes, etc. Y por supuesto, conviene apelar a medios no convencionales, como ferias, eventos deportivos, teatro de títeres y teatro callejero. Un ejemplo de esto último es la obra para niños "¡Guerra al Cólera!" escrita y dirigida por los actores David Mondacca y Raúl Gómez.

No Hay Mezcla Mágica

La orquestación comunicativa por múltiples medios ofrece ventajas sustantivas como la diversidad de tratamientos y la alta repetición de mensajes claves que es pedagógicamente deseable. Pero tiene, como contrapartidas negativas, los costos elevados y la complejidad de operación. No se puede, pues, emplear tal estrategia indiscriminadamente. Algunas necesidades pueden ser atendidas usando debidamente un solo medio. Otras requerirán de tres o quizás cinco de ellos a la par o en secuencia. Y sólo muy pocas justificarían el despliegue concertado de casi la totalidad de vehículos comunicativos posibles. Todo dependerá de qué se quiere decir a quién, cuándo, cómo, dónde y por qué. Y, por supuesto, de los recursos de que se disponga para ello.

Hay en Bolivia una variedad suficiente de medios adecuados para forjar combinaciones multiplicativas de los mensajes contra el cólera. Pero, lamentablemente, no pareciera haber aún la idoneidad profesional suficiente para emplearlos con verdadero sentido estratégico y en forma eficiente al servicio de la comunicación educativa. Y el sólo recurso de hacer combinaciones de varios de esos medios no puede, en tales circunstancias, asegurar eficiencia.

G. DISPOSICION Y CAPACIDAD

Tanto en el sector público como en el privado parece haberse llegado a un grado de conciencia considerable sobre el papel que la comunicación está llamada a cumplir en la lucha contra el cólera. Esto se trasunta en las entrevistas con funcionarios pertinentes y se patentiza al leer la documentación respectiva. Por ello puede decirse que, en general, hay en el país una disposición de ánimo favorable a la aplicación de recursos comunicativos a los planes de acción para contener la epidemia. Y ocurre ésto pese a que no parece haberse desarrollado todavía una percepción cabal de la magnitud y complejidad del compromiso que este reto representa para la comunicación.

Pero de la disposición de ánimo a la capacidad para la acción hay, infortunadamente, una gran distancia. Falta coherencia entre la actitud y la aptitud. Las aspiraciones no se compaginan con los recursos. La organización no corresponde a las necesidades.

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública es, lógicamente, la entidad con responsabilidad principal por la lucha contra el cólera. Cuenta éste en su sede central en La Paz con una Oficina Nacional de Comunicación Social y Relaciones Públicas. Este órgano debería ser, también naturalmente, el eje de la aplicación de la comunicación a esa lucha. Pero no tiene la orientación, los recursos y la estructura necesarios para desempeñar ese papel conductor y, por otra parte, otros órganos del indicado portafolio hacen comunicación también. El que más se involucra en ella, por la propia naturaleza de sus funciones, es la Dirección de Saneamiento Ambiental. Las líneas de coordinación entre esos dos órganos parecen ténues. A su vez, las conexiones de cada uno de ellos con las Unidades Sanitarias Departamentales tampoco lucen claras ni robustas. Y las relaciones de todos ellos con organismos no gubernamentales comprometidos en la lucha contra el cólera parecen ser aún mucho más débiles.

La falta de integración administrativa es, pues, un problema crítico y evidente. Se agregan a éste limitaciones de jerarquía, funciones, estructura y recursos de los órganos que hacen comunicación al punto que los inhabilitan para cumplir debidamente las tareas que se les asignan en la estrategia global antiépídémica.

El Organo Central de Comunicación

La Oficina de Comunicación Social y Relaciones Públicas no dedica más de un 25% de su energía operativa al campo técnico de la comunicación educativa. El resto, o sea la gran mayoría, lo dedica a las relaciones públicas dirigidas a la promoción de la imagen institucional. O sea que su misión primordial - como es también el caso en el resto de la administración pública - cae en el terreno de la propaganda política. Y, específicamente, la comunicación anticólera viene a ser sólo una de las áreas de trabajo de dicha oficina en su restringida labor de comunicación educativa, pues ella tiene que atender, por ejemplo, campañas por múltiples medios para propiciar la vacunación masiva contra enfermedades de la temprana infancia.

Por su propia función principal dicha oficina opera directamente a órdenes del Ministro del ramo. Esto sugiere un alto nivel jerárquico pero en la práctica tal posición de influencia no se da debido, en parte, a la aguda escasez de recursos de todo tipo.

Ello comienza por una exigua planta de personal: dos técnicos principales (un profesional para comunicación social y el otro para relaciones públicas). Y dos técnicos auxiliares, uno a cargo de video y el otro responsable por fotografía, más dos secretarías y un mensajero. Algunos de ellos ocupan plazas presupuestables que no son para comunicación.

El equipo con que cuenta la oficina se limita a un lote elemental e incompleto para video, a un par de grabadoras, y a un pequeño y viejo laboratorio fotográfico. Por lo demás, la oficina no sólo que no tiene computador, fotocopiadora, o fax, sino que no cuenta siquiera con teléfono propio directo.

Además los bajos sueldos crónicos y los cambios políticos frecuentes contribuyen a la inestabilidad del personal.

Y el "capital de giro" propio, por decirlo así, escasamente se acerca al equivalente de US\$ 90.000 por año. De ese total que se asigna a la oficina - Bs. 342.120 -, la gran mayoría, Bs. 281.000 se aplica al rubro "Publicidad" que, en lo esencial, consiste de un fondo para pagar avisos, principalmente en diarios, de carácter administrativo y político, pero casi nunca educativo: ese fondo no lo maneja dicha oficina sino la Dirección Administrativa del Ministerio. El saldo se gasta en compra de periódicos y materiales de escritorio, así como en pasajes y viáticos.

La única función de la oficina es la producción y distribución de mensajes, casi exclusivamente por medios masivos. No cumple ella funciones de investigación, planeamiento, fiscalización y evaluación; tampoco - salvo raras excepciones - de capacitación, documentación e intercambio. Pese a esa preferencia total por la función de producir mensajes, la oficina no ha sido dotada de

recursos para asegurar la distribución adecuada de aquellos; por ejemplo, para contratar videos, carteles o folletos o para costear la difusión de cuñas por radio y televisión o, siquiera vidrios en los cines.

En semejantes condiciones de aguda estrechez de recursos, los responsables de la oficina tienen como única posibilidad de hacer algo de comunicación masiva la de lograr subsidios, puntuales y ocasionales, de organismos internacionales de desarrollo y gobiernos extranjeros. Aunque el Estado cuenta con la red de televisión de mayor alcance territorial y con una de las cuatro radiodifusoras más potentes del país, ellas no apoyan con programación sustantiva a la comunicación para la salud, ni siquiera ante semejantes emergencias tan graves como la del cólera.

En resumen, el Estado prácticamente no compromete fondos propios para la tarea de comunicación educativa, a la que sólo nominalmente reconoce importancia. En efecto, del presupuesto global del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública para el presente año, Bs. 586.223.262, el porcentaje correspondiente al órgano central de comunicación es apenas 0.06%.

No fué posible obtener las cifras correspondientes a las fracciones de fondos que se aplican a tareas de comunicación en la Dirección General de Saneamiento ni en las Unidades Sanitarias Departamentales. Pero no hay razón para suponer que ellas sean altas. De por sí el porcentaje del Presupuesto General de la Nación asignado al Sector Salud como un todo ha sido tradicionalmente de los más bajos, entre 3 y 4% aproximadamente, y se ha aplicado en su mayoría a salarios y a gastos administrativos indispensables. Así el margen para hacer obra en favor del pueblo en el terreno más grave del subdesarrollo, la mala salud, ha quedado librado fundamentalmente a la voluntad de la asistencia financiera del exterior. Esto sugiere que la disposición estatal para usar la comunicación en la lucha contra el cólera cobra validez casi exclusivamente cuando se consiguen fondos externos para ello.

Comunicación en Saneamiento

El Departamento de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública tiene entre sus programas dos principales: saneamiento básico y control de alimentos. Por el primero propicia la cabal utilización de servicios de agua potable y alcantarillado, con énfasis en letrinización. Y por el segundo vigila que los alimentos de venta pública tengan condiciones aceptables de salubridad.

Los dos programas requieren de apoyo en comunicación para cumplir sus objetivos pues buscan moldear comportamientos colectivos favorables a la preservación de la salud; estos comportamientos resultan cruciales ante emergencias epidémicas como la actual del cólera. Pese a reconocer aquella necesidad, el órgano de saneamiento no pareciera mantener una relación suficientemente estrecha y continua con el órgano central de comunicación del Ministerio. Y tampoco cuenta con una unidad propia de comunicación apta para atender la necesidad ya mencionada.

Lo que hace Saneamiento es adscribir las responsabilidades de comunicación a su pequeña División de Participación Social y Educación Sanitaria. Ella está actualmente a cargo de una socióloga, la Lic. Olga Arnéz, quien sucede que tiene especial interés en la producción y distribución de materiales de apoyo a los técnicos de los programas situados en el campo. Junto a ella no trabaja en la central ningún especialista en comunicación educativa para la salud. En cambio en cada una de las 11 Unidades Sanitarias Departamentales hay un funcionario a cargo de participación y educación, que también es puesto a hacer relaciones públicas. Con apoyo del UNICEF, casi todos ellos han adquirido algunos conocimientos básicos de comunicación interpersonal educativa. Pero ellos no son quienes originan los mensajes. Lo son los especialistas en las ramas biológicas de salud, algunos de los cuales parecieran considerar más bien accesorio lo educativo. Sin embargo los materiales se producen siguiendo principalmente sus criterios y así difícilmente pueden éstos alcanzar la calidad requerida para impactar en el público.

Algunas de las líneas que el órgano de saneamiento ha propiciado con auxilio de comunicación educativa han sido las de uso del agua, uso de letrinas, eliminación de basuras, mejoramiento de viviendas y, con apreciable énfasis, preparación y manejo higiénico de los alimentos, especialmente los de venta en calles y mercados.

Para el trabajo en la última de las líneas enumeradas Saneamiento cuenta actualmente con apoyo externo por medio de un proyecto de protección al consumidor contra riesgos relativos a comidas callejeras. Financia este proyecto la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) por un monto de US\$ 150,000.

El proyecto tiene dos rubros mayores de acción. Uno es la capacitación de técnicos gubernamentales de salud como capacitadores, a su vez, de vendedores callejeros de alimentos. El otro rubro es la persuasión de los compradores potenciales de alimentos callejeros; es decir, la educación masiva del consumidor. En ambos casos el proyecto se vale de la comunicación para cumplir sus propósitos. Con apoyo de un consultor temporal extranjero, ha producido, por un lado, algunos materiales para aquella capacitación: un rotafolio, un folleto desplegable y una serie de diapositivas; por otro lado, 14 "cuñas" de radio y tres "spots" para televisión. La aplicación

de los medios masivos al contacto con el consumidor se ha visto seriamente limitada porque el Ministerio de Salud no tiene fondos para pagar las emisiones con la frecuencia y continuidad requeridas. Sus funcionarios indican, por otra parte, que los medios de comunicación masiva no cumplen disposiciones legales que los obligan a ceder gratuitamente espacios en su programación para mensajes educativos. Por ambas razones tuvieron que apelar al apoyo financiero ocasional de unas cuantas empresas comerciales.

En conversación con el Consultor a cargo del presente estudio, la Coordinadora de Participación Social y Educación Sanitaria, Lic. OLEA Arnóiz, condensó observaciones y recomendaciones principales de esta manera:

1. No se ha trabajado hasta la fecha, en comunicación educativa contra el cólera, bajo un liderazgo unificado que proporcione orientación estratégica global. Es urgente establecer tal liderazgo.
2. Tampoco ha habido coordinación efectiva de esfuerzos y recursos ni dentro del sector público ni entre éste y el sector privado; así cada uno ha hecho por su cuenta lo que ha querido y podido. Es indispensable hacer realidad cuanto antes tal coordinación.
3. La comunicación educativa en salud no es una labor jerarquizada, comprendida y apoyada. Por tanto, carece de la prioridad necesaria para que pueda tener real impacto, así como del tipo y nivel de recursos humanos y materiales adecuados para el cumplimiento de su responsabilidad. Esto debería remediarse a corto plazo si se espera que la comunicación de apoyo sea eficaz.
4. Hay mucha dispersión de mensajes sobre el cólera provenientes de diversas fuentes. Y, en su mayoría, son demasiado generales, como si pudieran tener impacto por igual en todo el mundo. Hace falta precisarlos mejor y, en todo lo posible, ajustarlos a las distintas culturas prevalecientes en las varias regiones del país.
5. La autoridad se ejerce en el sector con predominio del personal del campo biológico de la salud respecto del personal del campo social, de por sí escaso, así la tarea de saneamiento queda relegada a un nivel menor. Y esto contribuye a que no se dé el papel adecuado a la comunicación educativa. Conviene corregir estas desproporciones.
6. Se gasta mucha más plata en comprar y repartir medicinas que en instar y enseñar a la gente a usarlas. Tal vez valdría la pena repensar las distribuciones presupuestales.

7. Hay una prelación excesiva de lo curativo sobre lo preventivo. Debería lograrse un equilibrio racional entre los dos enfoques y éste tendría que reflejarse en el aumento y mejoramiento de las tareas de comunicación

El Nivel Departamental

Todos los programas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública son encabezados, especialmente en lo normativo, desde la sede del gobierno. Pero ellos tienen su expresión territorial operativa por conducto de Unidades Sanitarias Departamentales. ¿En qué formas y grados cumplen ellas actividades de comunicación en general y, específicamente, cómo la aplican al problema del cólera? No fué posible para el Consultor a, cargo del presente estudio obtener información que responda esta pregunta más que en el caso de una de esas unidades, la que corresponde al departamento que alberga a la sede gubernamental.

La Unidad Sanitaria de La Paz tiene 16 secciones distritales, y en la ciudad de La Paz y el resto en ubicaciones provinciales rurales. A órdenes de la Dirección de la Unidad funcionan varias Jefaturas especializadas. Una de ellas es la que maneja el Programa Materno-Infantil que presta especial atención al problema de las enfermedades diarreicas agudas incluyendo al cólera. El órgano de particular interés para el presente estudio es la Jefatura de Gestión Social que se ocupa primordialmente de fomentar la participación de la comunidad en la protección de la salud y de proporcionar educación comunitaria para el mismo fin. Debido a esas dos obligaciones, esta Jefatura resulta siendo la que atiende al frente de comunicación, para el que no existe un órgano especializado *exprofeso*. Y, por tanto, corresponde a ella - entre otras obligaciones - la de aplicar la comunicación a la lucha contra el cólera. Sucede que en la actualidad desempeña esta jefatura una profesional de comunicación, la Lic. Gabriela Sotomayor y esto ha contribuido a que las actividades en este campo hayan alcanzado aparentemente mayor intensidad en la Unidad Sanitaria de La Paz que en las del resto del país.

Lo dicho no significa que existan en esta unidad recursos - humanos y materiales - adecuados para la tarea de comunicación. La Jefatura cuenta en la central sólo con la Lic. Sotomayor y con un médico especializado en salud pública que atiende principalmente la rama de educación comunitaria; ellos tienen que colaborar también a la tarea de relaciones públicas.

Prácticamente el único equipo de comunicación disponible es una pequeña y vieja imprenta, factor por el que quizá han predominado los mensajes impresos de formato menor. No hay un presupuesto específicamente asignado a costos de comunicación y los fondos generales propios contra los que puede cargarse tal tipo de gastos son muy escasos. Tampoco se ha podido conseguir que los medios masivos comerciales ayuden gratuitamente a la difusión de

los mensajes. De nuevo, sólo con apoyos coyunturales de organismos internacionales se ha podido hacer alguna labor contra la epidemia.

Superando, pues, toda clase de limitaciones, este órgano territorial ha podido, sin embargo, producir y distribuir algunos materiales de comunicación inclusive antes de que se declare la epidemia en el país. Se hizo ésto en algún contacto con otras entidades públicas, tales como la Alcaldía Municipal y la Corporación de Desarrollo de La Paz, así como con algunos organismos no gubernamentales. Pero, con muy pocas excepciones, estos esfuerzos resultaron aislados e improvisados, sin plan ni concierto y así su efectividad inicial no pudo ser sustantiva.

Ház tarde, ya con la epidemia en pleno proceso, se produjeron algunos volantes, folletos y afiches, así como "cuñas" de radio y "spots" para televisión. Algunos de estos productos no se ajustaron debidamente a la posibilidad de comprensión del público promedio: por ejemplo, un cartel con la figura de un hombre que caía a un basural resultó complejo y poco efectivo por falta de claridad.

Parece posible, en cambio, que otros materiales hayan tenido algo de la efectividad deseada. No existe una evidencia directa de ello, sobre todo en relación específica con los mensajes emitidos por este órgano gubernamental. Pero en una encuesta hecha con una muestra de la población capitalina por la Unidad Sanitaria de La Paz se recogió información sugerente sobre el grado de exposición de la gente a los medios masivos de comunicación y sobre la aparente asimilación considerable de algunos de los mensajes de salud transmitidos por ellos. Casi el 70% de los entrevistados recordaron haber entrado en contacto con algunos materiales sobre salud - a lo largo de los tres últimos años - y 51% de la muestra indicó en primer lugar al cólera como tema de esos mensajes. Inclusive un número alto de entrevistados pudo recordar tres de las recomendaciones preventivas: la higiene en general, el hervir el agua y el cocer bien los alimentos. Cuarenta por ciento de los entrevistados indicaron que la forma de auxiliar a un niño con diarrea era darle sales de rehidratación oral. En un 43% la televisión y la radio fueron indicados como los vehículos por medio de los cuales se recibieron los mensajes de salud, pero en general, no sólo aquellos sobre cólera. Con esta misma salvedad, las radioemisoras "Fides" y "Metropolitana" fueron indicadas en el mayor número de casos como las transmisoras de los mensajes, junto con los canales televisivos 4 y 2.

En opinión de la Lic. Sotomayor, no se dá a la comunicación para la salud (incluyendo la dirigida contra el cólera) el papel que le permitiría hacer un aporte sustantivo a los programas, especialmente los de control de enfermedades diarreicas agudas. Ella estima que las manifestaciones que dan a la comunicación en el sector el rango de sub-estrategia instrumental no pasan, infortunadamente, de un valor nominal pues no se traducen en la

práctica. En tales circunstancias, agrega, se hace difícil promover la participación popular y expandir la educación comunitaria para el cuidado de la salud del pueblo. Por eso mismo, finaliza, es grato percibir que se ha podido lograr, pese a ello, un nivel de conciencia pública considerable sobre el problema del cólera a base de empeño e inventiva.

El Sector Privado

El denominativo "organismo no gubernamental" alberga un alto número y una amplia variedad de entidades de servicio público desinteresado, algunas establecidas por iniciativa nacional y otras propiciadas por financiación extranjera proveniente de una diversidad de fuentes. Ninguna de estas entidades se especializa en comunicación educativa para la salud, pero algunas concentran esfuerzos en la salud del pueblo y muchas apelan a recursos de comunicación para lograr sus fines. Al declararse en Bolivia la epidemia del cólera no pocas de ellas se sumaron voluntariamente al esfuerzo preventivo y naturalmente, recurrieron para ello a la comunicación.

Una de esas entidades fue el Centro Interdisciplinario de Estudios Comunitarios (CIEC) que, con una dotación de US\$ 85.000 del Fondo de Inversión Social (FIS) diseñó y ejecutó entre marzo y octubre de 1992, un proyecto de educación sanitaria para la prevención del cólera en las ciudades de La Paz y El Alto, especialmente en 11 distritos con población de bajos niveles educativo y económico y afectados por la carencia de servicios básicos, como los de agua potable y alcantarillado.

El proyecto tuvo dos rubros mayores de acción. Uno fue la capacitación de mujeres de grupos estables y de maestros de escuela en tareas básicas de educación sanitaria anticólera. El otro rubro fue la comunicación - interpersonal y masiva - con los mismos fines. La capacitación se hizo bajo enfoque participativo y la comunicación bajo enfoque alternativo. En ambos casos se buscó familiarizar a fondo a la población con los siguientes temas clave:

1. Naturaleza de la enfermedad
2. Prácticas de higiene para evitar el contagio.
3. Manejo adecuado de los alimentos.
4. Manejo adecuado de las excretas.
5. Manejo adecuado del agua potable.
6. Manejo adecuado de la basura.
7. Acciones ante síntomas sospechosos.
8. Organización y participación comunitaria.

Se cumplieron algo más de 400 actividades de comunicación que alcanzaron a alrededor de 18.000 personas en plazas, mercados, ferias populares, centros educativos, otros lugares como iglesias y guarderías e inclusive en vehículos de transporte público. Los métodos de contacto utilizados - a cargo de "animadores populares" - fueron perifoneo, folletería, exposición de paneles,

titeres, teatro en local y teatro móvil. Este último fué el medio más utilizado, algo más de dos tercios del total. Y de efecto especial fué el contacto cara a cara con mucha gente por medio del equivalente a vendedores callejeros ("pajpakus").

Complementariamente se emplearon 50 murales especiales ubicados en sitios de alta confluencia de pobladores, 10 afiches, trípticos y hasta cintas autoadhesivas, además de manuales sencillos para el cuidado de la salud. Por último se produjeron 5 "jingles" para radio, un video corto, un conjunto de fotografías y una serie de diapositivas. En varias instancias se distribuyeron gratuitamente sobres con sales de rehidratación oral, haciéndose demostraciones prácticas de su utilización.

La estrategia dió preferencia a lo preventivo sobre lo curativo y los mensajes de más alta frecuencia fueron los correspondientes a dos de los ocho temas: manejo adecuado de alimentos y tratamiento de las diarreas.

Según informó el Consultor a cargo de este estudio uno de los diseñadores y conductores del proyecto del CIEC, el Lic. Raul Böhrst, se alcanzaron a satisfacción todos los objetivos que se habían propuesto. No se realizó una evaluación formal del impacto mediante encuesta u otro método semejante, pero los materiales de comunicación fueron probados con muestras del público y ajustados en consecuencia para uso amplio. Otras formas de apreciación sistemática permitieron encontrar indicios de que se habían logrado en la población ganancias de conocimiento sobre la naturaleza del cólera y sobre maneras de defenderse del mismo. Además se había forjado una rica práctica de combinar medios masivos con interpersonales y convencionales con alternativos, además de haberse ganado también la experiencia de articular capacitación con comunicación al mismo tiempo y en torno al mismo público para lograr mayor profundidad de efectos en las proposiciones de comportamientos.

Interesa anotar que toda esa labor a lo largo de ocho meses la hizo el CIEC sin contar en su planta con ningún comunicador profesional ni, menos, con alguno especializado en comunicación para la salud. La entidad encomendó, por contratos de obra, a varios de ellos realizar los mensajes que sintió necesarios. Les proporcionó orientación precisa y ejerció supervisión cercana de sus procesos de producción. Junto a ellos la habilidad principal de la institución fue la de saber planificar las acciones, definir los públicos y entregar los mensajes, todo con alta dinámica pero con racional sentido de estrategia planificadora.

Un hallazgo puntual fué el percibir que la gente de los niveles previstos por el proyecto tiene más capacidad de percepción que la que se le suele atribuir comúnmente; es decir, tiene aptitud para captar e interpretar mensajes no necesariamente muy esquemáticos y elementales. Esta observación es importante para no subestimar a algunos segmentos del público en la futura construcción de mensajes. Otra de mucha importancia, según el

Lic. Böhrt es haber encontrado que la mayoría de la gente, no relaciona diarrea con cólera y así no se da cuenta de que el cólera es una diarrea que mata.

Como ya se ha dicho, lamentablemente, el proyecto no incluyó una evaluación general (ni propia ni externa) como parte de su plan operativo. Aparentemente la entidad financiadora, el FIS, tomó algunas medidas evaluativas del impacto de aquél, pero no pareciera haberse divulgado un informe sobre ellas aún. En todo caso, esta experiencia del CIEC constituye una lección muy valiosa para ulteriores emprendimientos, públicos o privados, en el campo de acción. Así lo reconoce el gobierno en el juicio del Coordinador Nacional de Lucha contra el Cólera, Dr. Rolando Suárez: Una de las instituciones que mejores materiales ha sacado es el CIEC; es tal vez la que mejor los ha hecho: mensajes simples, bien pensados, sin dramatizar demasiado el peligro, como hemos visto que erradamente se hicieron en otros países... Así hemos aprendido aquí que ni debemos alarmar excesivamente a la gente ni caer en el otro extremo, el dejar que ella se vuelva apática, indiferente del problema..."

La Falta de Racionalidad

Hasta aquí se ha visto en esta sección que la capacidad de Bolivia en materia de comunicación para la lucha contra el cólera es básicamente inferior a la disposición de ánimos que haya para ello. La comunicación ha sido encontrada sin la jerarquía necesaria para cumplir su función y muy alejada del nivel de recursos y extrema complejidad que demanda una misión de enorme dimensión como es la de persuadir al grueso de la población para que adopte una serie de conductas favorables a la eliminación de la epidemia. Se ha encontrado también que no hay coordinación entre instituciones ni mucha coherencia entre propósitos, mensajes y medios. Y se ha notado que el enfoque curativo predomina respecto del preventivo.

Carencias y deficiencias como esas son de suyo suficientes para indicar que el país - tanto en el sector público como en el privado - no está en posibilidad de hacer óptimo el empleo de la comunicación para proteger la salud del pueblo. Pero, aún si estos factores contraproducentes fueran a ser pronta y sustantivamente subsanados, habría que corregir otra falla mayor en el trabajo de prácticamente todas las instituciones comprometidas en la lucha contra el cólera. Ella es la falta de racionalidad expresada en la ausencia de un régimen de programación sistemática que asegure eficiencia para las comunicaciones en términos de logro de impactos apreciables a costos razonables.

En efecto, hasta donde se ha podido observar por medio del presente estudio, casi la totalidad de las intervenciones de comunicación cumplidas hasta la fecha parecen haber sido delineadas por intuición y realizadas con improvisación, así como ejecutadas sin tomar en cuenta la relación entre el costo y el beneficio del esfuerzo.

La única manera de lograr eficiencia (productividad dividida por el costo) en la comunicación es someter las operaciones a rigurosa y continua programación. Esto supone ante todo, trazar estrategias generales acordes con las del respectivo programa de salud - en este caso el de enfermedades diarreicas aguas, incluyendo al cólera - y derivar de aquellos planes operativos instrumentales a escala nacional conformada por componentes regionales. Y, por supuesto, tal ejercicio racionalizador sólo tiene sentido si se dispone de los recursos - humanos, materiales y financieros - apropiados para llevarlo a la práctica.

Como ya se lo ha indicado en el presente estudio, en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se han hecho dos intentos de formulación estratégica de comunicación uno en 1992 en la forma de una propuesta de la Oficina de Comunicación Social y Relaciones Públicas y el otro en 1993 en la forma de previsiones para un componente de comunicación en el Plan Nacional de Diarreas/Cólera 1993-1994 ambos ejercicios constituyen mucho más esquemas para campañas coyunturales que diseños para una conducta estratégica institucional global y permanente aunque hay semejanzas entre ellos, no hay indicios de que se hubiera intentado conjugarlos. Aparentemente la propuesta inicial de la oficina sólo fue tomada en cuenta referencialmente al formularse aquellas que van en el plan, aprobado por el Ministro del ramo, Dr. Carlos Dabdoub. Esa propuesta estimó en alrededor de medio millón de dólares los gastos necesarios. La del plan subió el cálculo a un poco más de un millón cien mil dólares. Sin embargo, desde fines de enero de 1993, fecha de la previsión, hasta mediados de mayo del mismo año, los fondos para hacer realidad tal previsión no habían sido provistos. Y así el plan, en su componente de comunicación, no había entrado todavía en ejecución.

La programación indicada previó exclusivamente operaciones correspondientes a las funciones de producción y distribución de mensajes. No previó investigación que las anteceda, fiscalización que las acompañe, ni evaluación que mida el cumplimiento de los objetivos señalados y detecte, finalmente, el impacto de los mensajes en términos de los comportamientos buscados en la gente. Es evidente que el Estado, ni el Ministerio de Salud ni otros órganos afines, cuentan con profesionales especializados en esas funciones de comunicación que no son del dominio de las artes y requieren más bien del auxilio de las ciencias sociales. Hay, sin embargo, en el país unas cuantas empresas y universidades que tienen algún personal calificado para la tarea y cuyo concurso pudo haberse previsto. Al no hacerlo, se iría a seguir la práctica común en el país: emitir mensajes sin conocer debidamente a los destinatarios de ellos y sin preocuparse por medir los efectos de los primeros sobre los segundos.

En efecto, al documentar el presente estudio no se encontró una sola investigación - oficial, académica o privada - sobre el público en la lucha contra el cólera ni sobre los medios disponibles y adecuados para llegar al mismo. En ausencia de ellos, en la carencia de orientación sistemática, los mensajes - de resultar ahora disponible el dinero requerido - correrían el riesgo de diseñarse y emitirse sin certeza alguna de corresponder a las características de la población ni seguridad de ser transmitidos por los medios adecuados para cada uno de los objetivos propuestos. Esto podría suponer en el mejor de los casos un esfuerzo poco efectivo y en el peor de los casos un dispendio improductivo y oneroso. Y, sin duda ningún país - Bolivia menos que otros - puede darse el lujo de obrar así.

Como una ayuda para comenzar a subsanar en algo la total carencia de investigaciones pertinentes, la Representación de Bolivia de la Organización Sanitaria Panamericana (OPS) está propiciando la realización de un diagnóstico de situación. Se basaría éste en una precisa búsqueda de información disponible en documentación existente, aunque ella no fuera exclusivamente referente a comunicación ni específicamente sobre la comunicación anticólera. El estudio ha sido encomendado a la Carrera de Comunicación de la Universidad Católica de La Paz en cooperación con el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Tan aguda es, por otra parte, la falta de aptitud planificadora en el sector de la salud que la propia OPS, en cooperación con el UNICEF, trató en dos ocasiones recientes de fomentar el diseño de proyectos operativos en comunicación anticólera en Bolivia. Ofreció asignar a cada proyecto que aceptara hasta US\$ 60,000 y proporcionó a las entidades interesadas una guía para diseñar en detalle sus peticiones de apoyo a proyectos concretos. En el primer intento se presentaron siete propuestas pero ninguna satisfizo los requisitos para ser aceptable. Buscando remediar tal deficiencia, OPS-UNICEF organizaron más tarde en Sucre un taller para la formulación de los proyectos a las que concurren delegados de cinco de las Unidades Sanitarias Departamentales. Lamentablemente, sólo se produjo allá una propuesta aproximada a los requisitos antes indicados, pero ni ella alcanzó a justificar la financiación posible. Y así Bolivia no ha podido hasta ahora beneficiarse de un auxilio modesto pero efectivo como ese.

Ni siquiera otro auxilio internacional todavía más modesto, US\$ 30,000 asignados a comunicación (sólo para producción y distribución de mensajes) por el UNICEF en abril del presente año como parte del Plan Nacional Diarrea/Cólera, gestión 1993, ha podido aún ser utilizado. Está pendiente de una propuesta formal del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública con intervención conjunta, en la expectativa de la entidad donante, de los siguientes órganos: Dirección Nacional de Atención a las Personas, Dirección de Epidemiología y Jefatura de Comunicación.

Un ensayo de producción de mensajes anticólera apoyados en planificación sistemática, si bien no sustentados por investigación fue realizado en 1992 en Cochabamba en momentos de alta incidencia de la epidemia en ese departamento. Lo orientó y financió el UNICEF mediante un aporte de alrededor de US\$ 10,000. Según la especialista en comunicación educativa de ese organismo internacional en Bolivia, Lic. Gridvia Kunkar, este ejercicio de estrategia trató - a lo largo de dos meses - de "desarrollar procesos de movilización de la población por medio de las organizaciones cívicas, populares y sociales del Departamento, con el apoyo de instrumentos de información y educación, aprovechando los recursos masivos y alternos de comunicación social..." Para su implementación se reforzó temporalmente a la Sección de Gestión Social de la Unidad Sanitaria Departamental con un consultor local y un experto en artes gráficas de la central ministerial en La Paz. Puesto que ese órgano carece de equipo de comunicación alguno, hubo que apelar al disponible en otras entidades locales y contratar la producción de algunos de los mensajes con firmas comerciales. No se realizó una evaluación formal sobre la difusión y efecto de esos mensajes, pero varios observadores manifestaron impresiones favorables sobre ellos.

Con apoyo de la OPS, el gobierno de Bolivia está tramitando ahora ante el gobierno de Suecia una asistencia financiera por un millón de dólares para el programa contra el cólera. La suma de US\$ 87,000 se prevé dentro de ello para costear operaciones regionales de comunicación educativa a confiarse a las Unidades Sanitarias Departamentales. No fué posible saber, al cerrar este estudio, si esa suma incluye partida alguna para actividades de investigación, planeamiento y evaluación, pero podría suponerse que no lo hace puesto que los mencionados órganos de campo no tienen siquiera especialistas en producción de mensajes.

Está comprobado que sin estrategias ni programación no puede haber eficiencia en la comunicación para la salud. Pero ¿cómo se formulan estrategias allá donde no hay estrategias? ¿No será que esta viene a constituir la carencia central que obliga a hacer comunicación simplemente "por olfato" y "a ojo de buen cubero"...a cualquier precio?

H. HACIA UNA ESTRATEGIA

En un sentido general, se puede entender por estrategia un diseño de comportamiento que envuelve la toma de decisiones para lograr ciertos objetivos por medio de determinadas acciones instrumentales a ellos. Bajo este sentido, una acción estratégica es la directamente opuesta a la acción improvisada. Se puede pensar que cuanto más racionalmente actúa el ser humano, más estratégico es su comportamiento; cuando actúa poco racionalmente, su comportamiento tiende a ser improvisado, errático, sin dirección, sin visión de senda ni seguridad de resultados.

¿Qué es la Estrategia en Comunicación?

A la luz de estas consideraciones se puede entender por estrategia de comunicación un conjunto de decisiones sobre quién va a comunicar, qué a quién, para qué, cómo, dónde, cuándo y a qué costo.

Una estrategia general de comunicación puede abarcar un amplio territorio, implicar una diversidad de comportamientos, tomar largo tiempo para su aplicación, comprometer a mucha gente y demandar grandes recursos. Pero, normalmente - a semejanza de su uso en el arte militar - tiende a ser enunciada en pocos párrafos y, a veces, hasta en unas cuantas palabras. Es, pues, un esquema global, más ancho que profundo. Pero, el trazar ese derrotero esquemático es fundamental para regir todo el proceso ulterior de programación pormenorizada de las operaciones comunicativas. Las ha de inspirar y envolver.

De las estrategias se derivan planes que son operativos y detallados. Y de ellos se desprenden, aún con mayor precisión, proyectos. Ellos, a su vez, pueden componerse de actividades mucho más específicas. La programación - el arte de prever, de anticipar - comprende todos los niveles necesarios.

¿Es necesaria en Bolivia una estrategia de comunicación para la lucha contra el cólera? Sin duda, lo es, cuando menos por dos razones principales. Una es la certeza de que sin ella no hay éxito posible a costo aceptable. La otra es la inmensidad de la misión: el reto de tratar de cambiar determinadas conductas en una población de más de seis millones de personas, pluricultural y multilingüe a más de repartida sobre un vasto y dislocado territorio.

Quien vaya a acometer la empresa de formular tal estrategia tendrá que comenzar, probablemente, por despejar algunas inquietudes derivadas de la observación de la situación actual de la comunicación en el proceso de lucha contra aquella epidemia. Por ejemplo:

- ¿Debe tal estrategia centrarse en el cólera mismo o debe envolver por igual a todas las diarreas, incluyendo la de tipo colérico?
- ¿Debe la estrategia de comunicación basar su arranque operativo sobre un enunciado sintético y sistemático de los contenidos que los expertos en salud estiman necesario transmitir a la población?
- ¿Debe la estrategia confinarse al diseño de campañas temporales y coyunturales o debe más bien, sin excluir a éstas, abarcar un territorio más amplio en un plan permanente?
- ¿Debe la estrategia prever apoyo por igual a la tarea de salud que a la de saneamiento y a la de prevención tanto como a la curativa?
- ¿Debe la estrategia incluir solamente las funciones de producción de mensajes o debe además consignar también las de investigación, fiscalización y planeamiento, así como las de capacitación, intercambio y documentación?
- ¿Debe la estrategia dar prioridad a los medios modernos de comunicación masiva, debe darle más bien a los medios tradicionales de comunicación popular, o debe tratar a ambas por igual?

¿Para Todas o para Una?

Las indagaciones realizadas, por lectura y por entrevistas, para el presente estudio pusieron de manifiesto sin mucha demora un gran contraste inquietante. Las diarreas comunes son la primera causa de la muy alta tasa de mortalidad infantil que padece Bolivia: 75 niños por cada 1.000 nacidos vivos, según el último Censo Nacional. Cada año mueren por esa causa 15.000 niños menores de 5 años de edad; o sea, por los menos ¡40 de ellos por día! En cambio el cólera, que también es una diarrea, no ha dado muerte ni a 1.000 personas en casi dos años transcurridos desde que inició su incidencia en Bolivia.

Siendo ello así ¿por qué se presta mucha mayor atención y se aplican muchos más recursos al cólera, que es epidémico, que a las diarreas, que son endémicas?

El Coordinador Nacional de Lucha contra el Cólera, Dr. Rolando Suárez, sostiene que el gobierno no ha dado prioridad al cólera sobre las diarreas comunes y que más bien ha englobado equilibradamente ambas patologías en su plan de lucha. Preguntado por las cifras correspondientes a las muertes por diarreas comunes, lamenta no disponer de ellas y refiere la pregunta a la Coordinación del Programa de Enfermedades

Diarréicas del mismo Ministerio de Salud. "Pero el sólo hecho de contar - anota - con sobres de rehidratación oral y hacer que lleguen a todos los distritos de las Unidades Sanitarias, permite presumir que de alguna manera se ha resuelto en parte por lo menos la gran mortalidad por diarreas..."

Transferida aquella pregunta a la Coordinadora del Programa de Control de Enfermedades Diarréicas, Dra. Jackeline Reyes, ella informó que la tasa de letalidad por diarreas no coléricas se mantiene igual, no ha descendido a la fecha del altísimo nivel ya indicado. Ya habían señas anteriores de esa dura realidad, como se lo ve por los datos siguientes consignados en el Plan Nacional Diarreas/Cólera 1993-1994:

"En el año 1991 se registraron 66.220 episodios de diarrea; en 1992 la notificación se duplica (145.000). Aunque se haya duplicado la notificación en el último año, se estima que sólo se alcanzó a conocer un 15% de las diarreas ocurridas en menores de cinco años. A esto se suma el hecho de que ciertos grupos de la población llegan a presentar hasta 6 episodios/año/año."

Los encuestadores midieron el nivel de conocimientos de una muestra de 188 médicos y enfermeras en todo el país en cuanto a las diarreas comunes en general y en cuanto a la diarrea colérica en particular. Encontraron, en suma, que la gran mayoría de ese personal tenía un nivel de conocimiento mucho más alto sobre el cólera que sobre las demás diarreas, tal como lo muestra la Tabla 6 que, derivada de la encuesta, se presenta seguidamente. Parece lógico inferir de datos como estos que, en la práctica, los esfuerzos de los últimos 20 meses han estado fuertemente cargados hacia la lucha contra el cólera pese a la lógica intención gubernamental de prestarle sólo tanta atención como a las otras diarreas.

Tabla 6

BOLIVIA: CONOCIMIENTO EN EL PERSONAL DE LAS UNIDADES REGIONALES DE SALUD SOBRE DIARREAS* Y COLERA POR CAPACITACION. ABRIL DE 1993.

PERSONAL DE SALUD	CAPACITACION Y CONOCIMIENTO SOBRE DIARREAS Y COLERA			
	CAPACITADOS CONOCIMIENTO DIARREAS (% Medio)	NO CAPACITADOS CONOCIMIENTO COLERA %	CAPACITADOS CONOCIMIENTO DIARREAS (% Medio)	NO CAPACITADOS CONOCIMIENTO COLERA %
MEDICOS	41.1	56.0	44.5	78.0
ENFERMERAS	36.1	92.0	45.4	67.0

* Para obtener el porcentaje de conocimientos sobre diarreas, se sacó la media de los indicadores del programa CEP: evaluación correcta de casos; rehidratación correcta; consejos correctos; antimicrobianos disentería; no antimicrobianos si no es disentería o cólera; evaluación de otros problemas; y no uso de otros medicamentos. Fuese a que el cálculo precisa ajustes de proporcionalidad, sus datos permiten realizar una indicación comparativa con la información del conocimiento sobre el cólera.

Fuente: elaboración propia. Basado en MPSSP: "Encuesta sobre manejo de casos de diarrea a nivel de los establecimientos de salud, abril de 1993".

Un indicio adicional y fácilmente verificable es el hecho de que la prensa, por ejemplo, se ha ocupado mucho más en los últimos 20 meses de las muertes por cólera que de las muertes por las otras diarreas ¿No es acaso visible la predominancia del cólera como tema de carteles, "cuñas" y folletos?. Y, para mencionar sólo otro indicio más, debe anotarse que la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, publica un boletín estadístico semanal con datos departamento por departamento exclusivamente sobre el ataque y la letalidad del cólera.

A estas indicaciones se debe agregar el hecho de que, en su buen deseo de ayudar a controlar la situación de emergencia, varios organismos externos - privados y públicos - hicieron aportes especiales para combatir sólo al cólera, unos en forma de asistencia técnica o financiera y otros al ejecutar por su cuenta acciones de comunicación educativa contra el cólera exclusivamente.

Además de esa influencia, ¿qué explica aquella prioridad que luce injustificada? La Dra. Reyes, responde así:

"...Se dió prelación al cólera por el pánico que suscitó, porque atacó fundamentalmente al sector productivo de la población, 15 a 49 años, lamentablemente sin valorar por igual la vida de los menores de 5 años....Se perdió así una oportunidad muy grande en las campañas al tomar sólo el problema del cólera..."

Asiente, en cierto modo, el Dr. Suárez cuando indica que el cólera fué incluido en el plan de lucha "por lo espectacular, por lo novedoso, por el contenido incluso político que se le había dado...". Y el Dr. González señala que la aparición del cólera - hecha sensacional por los medios - puede haber dado margen a que se preste mayor atención también a las otras diarreas al poner en evidencia los riesgos que conllevan en ambos casos los malos hábitos higiénicos y la gravedad de las carencias de servicios de agua y alcantarilla.

Contenidos y Formas

Por supuesto no corresponde a los especialistas en comunicación determinar si la estrategia gubernamental debe ser dirigida por igual contra todas las diarreas o en particular y con énfasis contra el cólera. Pero es indispensable para los comunicadores que las autoridades de la materia definan muy claramente cuál de los dos enfoques ha de prevalecer. Y es que sólo así pueden aquellos organizar debidamente la producción y distribución de los respectivos mensajes. Porque no es igual tener en mente para ello a criaturas de corta edad que a adultos puesto que lo que se diga, y cómo se lo vaya a decir, ha de tener diferencias importantes entre los dos casos. El estratega de comunicación tiene que conocer con absoluta precisión la estrategia de médicos e ingenieros sanitarios para plantear la estrategia de comunicación que sea instrumental a los fines de éstos.

Así como es privativo de los expertos en salud pública determinar los enfoques, es también facultativo de ellos el enunciar con precisión los contenidos específicos que estiman necesario transmitir a la gente. Esto no se ha dado todavía en la situación boliviana y parece haber obligado a algunos comunicadores, que sólo debían construir los mensajes, a decidir sobre los contenidos mismos en algunos casos. Infortunadamente no hay disponible en cuanto a las diarreas nada parecido al lúcido y conciso enunciado del UNICEF en su documento "Para la Vida" sobre los contenidos esenciales para los mensajes de protección materno-infantil. En el caso del cólera muchos de los contenidos esenciales están implícitos en los objetivos señalados para la lucha en su contra, pero no han sido desarrollados operacionalmente punto por punto para cada recomendación y cada instrucción de procedimiento. Es urgente que se haga esta condensación ordenada y que se la divulgue como una suerte de mandato oficial entre todos los organismos participantes del esfuerzo a fin de que haya exactitud técnica, coherencia conceptual y homogeneidad en lo que se trata de decir a la población.

Una base lógica para tal emprendimiento es el conjunto de precisas instrucciones de comportamiento frente a las diarreas que para la educación de la familia estableció, como parte de su Manual de Normas y Procedimientos, el Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materna. Esas instrucciones son las siguientes:

- a. Reconocer que la diarrea en los menores de un año y en los niños de mayor edad es una enfermedad que requiere tratamiento desde su inicio.
- b. Incrementar la administración de líquidos en cuanto se inicie la diarrea.
- c. Preparar y administrar las SRO.
- d. Reconocer el momento en que se hace necesario buscar una atención complementaria.
- e. Saber que es necesario que el niño esté acompañado por su madre durante la rehidratación; en caso de lactantes, éstos podrán permanecer en el regazo materno durante el tratamiento.
- f. Saber reconocer la necesidad de reinicio precoz de alimentación, qué alimentos deben utilizarse, ventajas de la leche materna, e incluso podrá practicarse una educación básica respecto a prevención de enfermedades comunes y uso de inmunizaciones.
- g. Saber que el uso de fórmulas lácteas y/o alimentos se acompañará de diarrea más abundante, sin que esto signifique empeoramiento del cuadro.
- h. Reconocer los signos de deshidratación a fin de que ella pueda reconsultar en casos que lo ameriten, señalando la necesidad de control si la diarrea se prolonga más allá de siete días.
- i. Prestar mayor atención a niños con desnutrición. La madre deberá recibir instrucción respecto al estudio de dicho cuadro y se insistirá en la necesidad de un seguimiento adecuado hasta que se asegure la recuperación nutricional.

Puesto que los comunicadores profesionales que trabajan en el sector salud son apenas unos cuantos y casi nunca están ubicados en cargos de influencia mayor, parece haber sucedido que algunos de los funcionarios técnicos de salud, como médicos, ingenieros, enfermeras, han asumido a veces por su cuenta la facultad de determinar los mensajes; es decir que, yendo más allá de su competencia en la enunciación de los contenidos, han resuelto a veces las formas de expresarlos, responsabilidad que corresponde a los comunicadores.

Algunos creen posible que esta situación sea corregida en definitiva en el futuro cercano. Por ejemplo, el Coordinador del Proyecto Diarrea del CCH, Dr. Oscar González, dice:

"...En los próximos años va a existir un nivel técnico que va a dar las pautas y así los trabajadores en medios de comunicación van a poder adecuar sus mensajes mejor, van a poder tomar esos contenidos técnicos y lanzarlos hacia la población de una manera coherente que pueda alcanzar óptimo impacto en la población."

El Dr. González es enfático en señalar la importancia de la coordinación estrecha entre los expertos en salud y los responsables de comunicación para evitar errores y contradicciones que ya han llegado a afectar al público en algunas partes del país.

Lo Preventivo y lo Curativo

Algunos piensan que en la lucha contra el cólera debería darse prioridad a lo preventivo para evitar la enfermedad. Pero otros, impresionados acaso por la aguda escasez de agua y alcantarilla que padece aún mucha gente en Bolivia, piensan que es más lógico concentrarse en lo curativo para evitar la muerte. Esto es algo, desde luego, sobre lo que los estrategias de comunicación pueden dirimir. Pero su misión será distinta si se marcan prioridades entre esos dos enfoques que si no se las marcan.

Suponiendo que la decisión fuera no dar énfasis a ninguno de esos enfoques y tratar de atender equilibradamente los requerimientos de ambos, entonces los comunicadores tendrán que distinguir con precisión las características de lo uno y lo otro. Por ejemplo, la prevención se hace principalmente por mensajes relativamente simples para impartir conocimientos y promover actitudes nuevas y, por tanto, los medios masivos brindan en tal instancia claras ventajas. En cambio, la curación - que requiere la adopción de prácticas concretas como usar sales rehidratantes en el hogar o buscar auxilio médico oportuno - conlleva mensajes más complejos y requiere normalmente de la influencia entre personas y entonces los medios de comunicación individual o en pequeños grupos cobrarán prelación. Esto especialmente si ha de intentarse la remoción de actitudes contraproducentes muy enraizadas.

A partir de diferenciaciones como esas las estrategias de comunicación también podrían ser ajustables a la decisión opuesta: dar prioridad a uno de los enfoques.

Lo importante para el comunicador es no trabajar nunca a ciegas sino acomodar sus aportes a los diversos requerimientos a fin de obtener de aquellos el mayor rendimiento posible. Aquel comunicador que no conozca bien a sus públicos y a los medios y

que ha tenido total comprensión de los objetivos y los contenidos podrá fabricar mensajes pero...no será un estratega útil para la comunicación educativa en salud.

La Atmósfera Propicia

Corresponde insistir, además, en la importancia de un tercer rubro indispensable: la sensibilización o toma de conciencia. La comunicación preventiva y la curativa van dirigidas a las personas que puedan contraer enfermedades diarréicas o que ya las han contraído y corren riesgo de muerte por ellas. La comunicación sensibilizadora, en cambio, se dirige a la opinión pública en general, para crear conciencia de la enfermedad y sus consecuencias en toda la población. Y aspira a persuadir, en particular, a los líderes de las principales actividades de la nación para que ejerzan su influencia sobre el Estado, sobre el sector privado, sobre los organismos internacionales y sobre los propios medios de comunicación masiva.

Esta labor, que el UNICEF llama "abogacía" (advocacy) porque, en efecto, es abogar entre el público por una válida causa de servicio a la nación entera, es también de mucha utilidad para derrotar al cólera.

¿Campañas...o Algo Más?

Una campaña de comunicación es el empleo concertado y sistemático de múltiples medios para alcanzar objetivos precisos en plazos más bien cortos mediante una alta intensidad de mensajes generalmente aplicada a amplios sectores de público. Caro y complejo por definición, el método de campaña se utiliza muy ocasionalmente, por lo general sólo frente a situaciones de emergencia o especial necesidad que no pueden ser enfrentadas exitosamente con procedimientos de rutina y a costos normales.

Puesto que la lucha contra el cólera demandó una declaratoria de emergencia nacional, parece explicable - en principio - que las previsiones de comunicación para aquella hayan tenido, manifiestamente o no, el enfoque de campaña. Las dos propuestas gubernamentales de una estrategia de comunicación anticólera muestran la influencia de ese enfoque. Y las diversas acciones cumplidas por el gobierno y por entes no gubernamentales han seguido, con pocas excepciones, esquemas asimilables a la intención de campaña.

Veintidós meses después de registrada la aparición del cólera en Bolivia, ¿se sabe en cuál forma y a qué grado han influido sobre la situación esas acciones de comunicación? El presente estudio no halló ninguna información que brinde evidencia útil para responder directamente a esta pregunta. Indirectamente, sin embargo, la información inicialmente disponible sobre los aparentes efectos del plan general de lucha contra las

enfermedades diarreicas agudas, incluyendo el cólera, no es alentadora. Según el Director Nacional de Epidemiología, Dr. Virgilio Prieto, la tasa de letalidad del cólera es en la actualidad de alrededor de 1.8% y el gobierno se propone reducirla a menos del 1% hasta fines de 1994. En ese mismo plazo el gobierno aspira a haber reducido en un 20% la mortalidad por diarreas en menores de cinco años. El comportamiento del cólera es oscilatorio y parece mostrar una tendencia de pasar de lo epidémico a los endémico; o sea, su eliminación total a corto plazo no luce posible. Y en cuanto a las diarreas comunes, que matan anualmente alrededor de 15.000 criaturas, la tasa de mortalidad no ha bajado, se ha mantenido estática, según la Coordinadora del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas del mismo Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Dra. Jackeline Reyes.

Pudiera suponerse, puesto que no hay información confiable a disposición, que la comparativamente no muy alta incidencia del cólera, puede en parte haber sido lograda gracias a los esfuerzos de la lucha, incluyendo los de comunicación. Pareciera cuando menos igualmente lógico suponer que, en cambio, esa lucha no ha tenido hasta el momento efecto significativo sobre las otras diarreas que cobran muchísimas más vidas cada día. En cuanto a la comunicación ¿se deberá la falta de efectividad a que los mensajes fueron concentrados mayoritariamente sobre el cólera o será que, en realidad no sirvieron por igual para atacar a la endemia y a la epidemia? O, puesto que el cólera de por sí es ondulatorio en función de factores biológicos y climatológicos, ¿será que la improvisación de los mensajes sin base alguna en investigación de públicos y medios, ha resultado en un nivel casi nulo de impacto? En ausencia de toda evaluación científica del esfuerzo las respuestas quedan confinadas a lo especulativo y contencioso.

En cualquier caso, sin embargo, el estrategia de comunicación no puede dejar de preguntarse si el método de campaña será el adecuado, el más eficiente, para combatir un mal que, aunque aumente su incidencia ocasionalmente, ya no puede considerarse coyuntural pues factores como la generalizada falta de agua y alcantarillado contribuyen decisivamente a hacerlo constante por muchos años. ¿No debieran las campañas de comunicación ser más bien reservadas para esfuerzos específicos por razones especiales en ciertos sitios en determinados momentos? Por ejemplo, si de pronto se registra una muy acelerada elevación de la tasa de mortalidad en un determinado distrito del país.

Los medios masivos no son todopoderosos. La combinación de muchos medios no es una panacea universal. La alta intensidad de mensajes no garantiza por sí sola los mejores resultados. Moldear el comportamiento humano es siempre un serio desafío. Las campañas deben ser, por tanto, un recurso de reserva en el arsenal de comunicación en pro de la salud de los bolivianos. En efecto si se apela indiscriminadamente a ese recurso, se puede llegar inclusive a un grado de saturación que provoque

indiferencia a los mensajes por desgaste o, peor todavía, a generar una reacción negativa por cansancio. Útiles como pueden ser bajo ciertas circunstancias, ellas no reemplazarán la tarea cotidiana, al esfuerzo quizás modesto pero sostenido y paciente de inducir a las personas a que cuiden su salud y la de los demás. Y es que la gente no cambia de la noche a la mañana sólo porque se lo pidan los medios.

Eso quiere decir que una estrategia general de comunicación contra las enfermedades diarréicas agudas (incluyendo al cólera) no puede limitar su alcance y su voluntad de impacto a lo que tal vez pueda conseguirse de vez en cuando con sólo las campañas. El territorio de trabajo que requiere programación racional y continua es mucho más amplio y diverso que el de una campaña en particular. Debería, pues, haber una estrategia integral y constante para desarrollar todas las acciones de comunicación - estatales y privadas - contra el Cólera, las de diaria rutina y las de empeño especial.

Investigar y Otras Cosas

Las funciones de comunicación más frecuentes y evidentes son la producción y la distribución de mensajes. Ellas son, sin duda, muy importantes, pero no son las únicas. Hay otras funciones que, además de tener también importancia propia sirven para apuntalar y perfeccionar el ejercicio de la propia producción/distribución.

Una de ellas - la que permite reemplazar el palpito con el dato - es la investigación, principalmente la que se basa sobre el método científico. Gracias a ella el estratega de comunicación puede averiguar las características específicas de cada uno de los públicos a los que quiere dirigirse: sus limitaciones, aspiraciones, valores y motivaciones. También los efectos de los mensajes - por su contenido y por su forma - sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las personas. Y además las capacidades y limitaciones de cada uno de los medios en función de las variaciones de propósito, mensaje y público. La investigación es, pues, previa a la producción/distribución de mensajes y posterior a ésta.

Se usa como punto de partida (pre intervención), como prueba de materiales antes de lanzarlos en forma de fiscalización ("monitoria") y, finalmente como evaluación: o sea, para verificar si los mensajes llegaron a donde debían llegar y para medir más tarde su influencia sobre la conducta de los destinatarios. Permite ella ajustar continuamente los mensajes a las diversas, y a menudo complejas, realidades de la situación.

No es posible formular y aplicar una estrategia realista y eficiente de comunicación contra diarreas/cólera si no se hace investigación, fiscalización y evaluación, para sustentarla, antes, durante y después de su aplicación. Esto quiere decir que es indispensable contar con el concurso de especialistas en

comunicación con idoneidad en el empleo del método científico o con científicos sociales con interés y, ojalá, experiencia en comunicación. O sea, la comunicación no sólo requiere de especialistas en producir mensajes (redactores, radialistas, fotógrafos, camarógrafos, dibujantes, etc.) sino también de especialistas en observar el comportamiento humano en función de esos mensajes. Artistas y científicos son necesarios.

La capacitación es otra de las funciones que deben formar parte de una estrategia general en la lucha contra las enfermedades diarréicas agudas. Por un parte, ella debe prever la formación, intensa y a diversos niveles, de productores de mensajes. Esto deberá incluir a los pocos que se dedican profesionalmente a la comunicación y también a los muchos que no tienen tal dedicación pero en algún grado y forma ejercen funciones de comunicación, por ejemplo, médicos, laboratoristas, ingenieros sanitarios, enfermeras y otros funcionarios del sector salud. ¿De qué puede servir un buen plano cuando no hay con quien construir la casa? Una estrategia sin personal capacitado para ponerla en práctica nace bajo el riesgo obvio de no poder aplicarse debidamente. De ahí la gran importancia de que ella incluya entre sus previsiones la función de capacitación.

Complementariamente o especial a las funciones de investigación y capacitación, la estrategia debe prever actividades correspondientes a las funciones de intercambio y documentación. La primera facilita la relación entre profesionales de la comunicación para ventilar problemas y compartir experiencias que permitan su continuo mejoramiento. La segunda sustenta las indagaciones y las lecciones con información sistematizada y registra analíticamente las experiencias de producción y distribución.

Por último - pero no porque sea la menos importante - está la función de programación; o sea, el arte de planificar orquestada, anticipada y eficientemente todos los recursos para las acciones de comunicación.

Pero...¿Hubo una vez alguna Masa?

Es un error lamentablemente común escoger a priori un medio de comunicación para encomendarle una cierta misión. Y es todavía más corriente el error de preferir a ciegas a los medios masivos, especialmente a la televisión porque se le atribuye ventaja total y poderío prácticamente universal e ilimitado.

El estratega de comunicación debe tener en mente que la "masa" no existe; es un agregado aritmético, una ficción estadística. Cualquier multitud, aglomerada en un sitio o dispersa sobre un vasto territorio, está integrada por individuos que se parecen entre sí en unas cosas y que difieren en otras. Los promedios sirven para tomar en cuenta los parecidos pero, a menudo, son las diferencias las que más cuentan en la aceptación o rechazo de la propuesta que lleva un mensaje.

La estrategia de comunicación contra el cólera no debe dar prioridad automática a ningún conjunto de medios, impersonales como los masivos o interpersonales como los de contacto cara-a-cara. Lo moderno y masivo tiene su lugar como lo tiene lo tradicional y artesanal. Sólo sabiendo qué se quiere decir a quién y para qué es lógico escoger el o los medios, de uno y otro tipo, que sean más apropiados y que resulten disponibles.

En la lucha contra el cólera cuando se quiera comunicar conocimientos con rapidez a un gran número de personas especialmente dispersas los medios masivos ofrecerán claras ventajas. Cuando se trate de enseñar concretamente prácticas de higiene y salubridad, los contactos interpersonales y los "mini-medios" alternativos se probarán más útiles. Y cuando se busque fomentar actitudes propicias a la lucha contra la epidemia la combinación de los masivos con los interpersonales será probablemente la más rendidora ¿Cuáles deben ser las proporciones de tal mezcla?

No hay en comunicación fórmula invariable de universal aplicación. Para cada caso, el comunicador tiene que hacer racionalmente una decisión particular. Esto puede complicar el oficio pero también suele ser fascinante.

No Hay Magia Sin Agua

La estrategia gubernamental en la lucha contra el cólera comprende dos grandes líneas de ataque. La tarea de proteger la salud y la vida por procedimientos educativos de prevención y por procedimientos médicos de curación. Y la tarea de saneamiento ambiental orientada a cortar el contagio mediante el incremento en la disponibilidad de servicios de agua potable (abastecimiento y tratamiento) y alcantarillado (eliminación higiénica de excretas que son la fuente de la infección). Es responsable principal de la primera tarea el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y es responsable principal de la segunda tarea el Ministerio de Asuntos Urbanos. Uno y otro han formulado planes de superación de la problemática que atienden bajo la consigna de "salud para todos" y "agua para todos", respectivamente, con metas ambiciosas señaladas para el año 2000.

Los estrategias de comunicación deben tener muy en cuenta estas metas. Las de salud - en el caso específico de diarreas/cólera - ya han sido registradas al principio del presente estudio. Las de saneamiento fueron condensadas por el Ministro de Asuntos Urbanos, Sr. Fernando Kieffer Guzmán, en estos términos:

"A través de la implementación del Plan Nacional de Agua Potable y Alcantarillado se alcanzará una cobertura del 80% en Agua Potable y 55% en Alcantarillado en el área urbana, con los servicios indispensables y adecuado control de calidad; en el

área rural se cubrirá en Agua Potable y Saneamiento el 60 y 50% respectivamente. Todo ello demandará una inversión de 768,64 millones de dólares en los próximos 8 años."*

Además de hacer votos porque estos planes gubernamentales se cumplan efectiva y oportunamente, hay tres cosas que decir en relación de ello con la estrategia de comunicación sobre enfermedades epidémicas como el cólera que, según la OPS, se originan en un 80% en la contaminación del agua.

La primera es que, mientras se ataca la raíz del mal a lo largo de ocho años de intensa labor de saneamiento, la tarea de salud tendrá que multiplicar esfuerzos grandemente para impedir que millones de personas se contagien de las enfermedades diarreicas agudas y para evitar que millares de ellas mueran por haber sido contagiadas pese a los esfuerzos preventivos y curativos.

La segunda es que, sin embargo, una buena parte de la tarea preventiva consiste en recomendar a la gente que se lave las manos después de usar los servicios higiénicos y antes de servirse alimentos, además de que hierva el agua, pero además de que el acceso a la electricidad o al gas para cocinar son restringidos alrededor de un 70% de la población rural y un 25% de la urbana todavía no tienen agua y más de dos tercios de los ciudadanos carecen de alcantarilla en tanto que los campesinos que no tienen este servicio son prácticamente el 85% de su total.

Y la tercera es que, conforme vaya expandiéndose la cobertura de agua potable y de alcantarillado, la demanda por apoyo de comunicación educativa irá creciendo porque habrá que enseñar a muchos más pobladores el uso adecuado de ambos servicios.

De la observación de aspectos como estos deberán derivar las estrategias de comunicación - a veces sorteando dilemas - prioridades y guías para trazar sus planes de apoyo. Tendrán que empeñarse a fondo por ser útiles al máximo, pero nadie debe esperar prodigios de ellos pues la comunicación educativa - por magnífica que fuera - no puede salvar por sí sola inmensas barreras estructurales como las que se han destacado en esta sección.

* Otros cálculos estiman que la cobertura total podría alcanzarse aproximadamente en 12 años de labor intensa al enorme costo de alrededor de dos mil millones de dólares. Pero ni siquiera la aspiración mas modesta manifestada por el gobierno actual tiene aún certeza de financiación total y oportuna.

¿Y la Financiación...?

Formular una estrategia de comunicación que permita derivar de ella un plan operativo requiere calcular siquiera indicativamente cual sería el costo aproximado de la ejecución prevista y para qué período. Eso es en cierto modo lo que hizo el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública al incluir en su Plan Nacional Diarreas/Cólera 1993-1994 un componente de comunicación por el monto de US\$ 1,122.000 dentro de una revisión presupuestal total de US\$ 8,970.500 para esos dos años de ejercicio fiscal.

¿Cuánto de este monto global iría a ser provisto por el Tesoro General de la Nación y cuánto provendría de la asistencia, financiera y técnica, del exterior? No hay una indicación de tales expectativas en el plan vigente a partir de febrero de 1993. Tampoco parece disponible algún documento ulterior que registre en detalle lo conseguido y gastado hasta la fecha. Hay solamente un cuadro que resume lo que aparentemente son compromisos tentativos de desembolso por parte del gobierno, por US\$ 1.078.000, y de la comunidad internacional (organismos internacionales y gobiernos extranjeros) por US\$ 3.080.277, para 1992 y 1993.

Condensando y reordenando los datos de dicho cuadro se extrae la siguiente información, en la Tabla que sigue:

Tabla 7

BOLIVIA: COLABORACION EN LA LUCHA CONTRA EL COLERA POR FUENTES, 1992-1993.

FUENTES DE COLABORACION					
TIPOS COLABORACION	T. G. N. en US\$	ORGANISMOS INTERNAC. en US\$	GOBIERNOS EXTRANJ. en US\$	TOTALES en US\$	%
DINERO	1.078.000	1.148.758	3.301.672	5.528.430	60.4
MEDICAMENTOS SUMINISTROS UTILES	-	3.386.800	128.352	3.515.152	38.4
CONSULTORIA EPIDEMIOLOGIA	-	25.090	20.000	45.090	0.5
CAPACITACION	-	19.605	-	19.605	0.2
AFICHES Y MANUALES	-	40.000	-	40.000	0.4
CONSULTORIA COMUNICACION	-	10.000	-	10.000	0.1
TOTAL	1.078.000	4.630.253	3.450.024	9.158.277	100.0

Fuente: elaboración propia. Basado en la relación de instituciones que colaboran en la lucha contra el cólera (1992-1993) del MPSSP, según un cuadro proporcionado por su Dirección de Epidemiología.

Este detalle presupuestal hace muy evidente la ínfima prioridad que en la práctica se asigna a la comunicación al prever para ella apenas US\$ 50.000 para dos años, lo que representa el medio por ciento de un total de algo más de nueve millones de dólares.

En ese cuadro aparece una fila rotulada "Afiches-Manuales" con US\$ 40.000 y otra rotulada "Consultores" que, en el caso de USAID consigna US\$ 10.000 que fueron previstos para el efecto. De los US\$ 40.000, son de UNICEF US\$ 30.000 y corresponden a USAID US\$ 10.000. La suma da US\$ 50.000. De este total los US\$ 30.000 de UNICEF no han sido gastados aún porque las autoridades pertinentes no han presentado todavía una propuesta de utilización. No se consiguió evidencia de que los US\$ 10.000 previstos en aquel cuadro por USAID para afiches y manuales hubieran sido gastados. Y los otros US\$ 10.000 previstos por este mismo organismo para una consultoría internacional en comunicación no serán de momento desembolsados debido a que el primer aseguramiento requerido lo proporciona USAID, más bien por colaboración de la Universidad Johns Hopkins con el presente estudio.

Así solamente hay constancia directa de un gasto efectivo por el UNICEF: los US\$ 10,000 aplicados a una operación especial en Cochabamba en 1992 y hay noticia de que la FAO tiene en ejecución un proyecto de comunicación educativa sobre consumo callejero de alimentos por US\$ 150.000 pero sin que se conozca lo gastado hasta la fecha.

Hubo entre 1991 y 1992 una diversidad de otros gastos de emergencia, tanto gubernamentales como privados e internacionales, algunos posiblemente de magnitud apreciable. Pero ni fué posible conseguir en dependencia alguna un detalle de esto ni, en realidad, resulta demasiado importante conocerlo a estas alturas de la situación. Lo importante es ver cuánto dinero podría acopiarse de aquí en adelante por cuáles fuentes. Hasta el momento este estudio sólo registró para comunicación una posible contribución sueca por US\$ 87,000 y tal vez otra holandesa hasta por US\$ 60,000, ambas en trámite por conducto de OPS, sin que pueda descartarse alguna otra contribución de USAID.

Lo anterior puede resumirse así:

1. Del total previsto por el gobierno como necesario para 1993-1994 la partida de comunicación alcanza solamente al 0.5%
2. En posible relación con esa suma US\$ 1.122.000, que presumiblemente iría a ser financiada con fondos externos, sólo se han comprometido para comunicación hasta la fecha US\$ 50,000 y hay constancia nada más de haberse gastado US\$ 10,000 más lo que pudiera haber desembolsado ya la FAO y los costos probables de algunas tareas de asistencia técnica sustentadas por la OPS.
3. Aún si todas las sumas previstas hubieran sido adecuadas y resultado disponibles, el porcentaje de su total asignado a comunicación luce sumamente inferior a la magnitud de las necesidades que ella debe atender.

Todos los funcionarios, nacionales e internacionales, comprometidos con la lucha contra Diarreas/Cólera expresan, clara y hasta reiterativamente, su convicción de que la comunicación educativa, es una herramienta clave para alcanzar sus propósitos. Pero esta percepción no se refleja en una provisión de fondos adecuada para que aquella expectativa pueda ser satisfecha. Hasta el momento, lo previsto para ese rubro es insuficiente, lo comprometido es exiguo y lo gastado es insignificante.

Tal situación debería corregirse pronta y sustantivamente para que la muy deseable formulación de una estrategia global de comunicación contra Cólera/Diarrea no fuera a resultar un ejercicio estéril de programación "al vacío".

- V -

===== RECOMENDACIONES =====

El presente estudio ha evaluado la situación de la comunicación contra el cólera en Bolivia hasta el grado de permoneización y de sustentación que permitieron el estrecho tiempo disponible y la escasa información prontamente accesible. En ese empeño ha identificado en círculos gubernamentales, privados e internacionales a las personas claves en la lucha contra esa enfermedad epidémica. Por otra parte, ha hecho una apreciación preliminar de algunos de los mensajes utilizados para ese fin, ha identificado los segmentos salientes del público destinatario de ellos y ha logrado una síntesis actualizada sobre el alcance de los medios masivos de comunicación. Por último, ha hecho acopio y control de la literatura central sobre la incidencia del mal en Bolivia, extrayendo de esa documentación las mínimas referencias hechas al campo de la comunicación. Precisamente en vista de esta marcada carencia el estudio llevó la descripción analítica de la situación al mayor nivel de detalle posible con el ánimo de aportar bases concretas para la deseable toma de medidas correctivas.

Conclusiones

Esa evaluación de la situación ha llevado al Consultor a las siguientes conclusiones principales:

1. Es muy necesaria en Bolivia la formulación de una estrategia global de comunicación educativa por múltiples medios como instrumento de apoyo a la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas, incluyendo al cólera, pero sin concentrar empeños y recursos en esta diarrea epidémica que mata a muchísima menos gente que las demás diarreas endémicas.
2. Hay en Bolivia, afortunadamente, conciencia generalizada sobre la utilidad de la comunicación en la lucha contra el cólera y las demás enfermedades diarreicas. Y hay, entre quienes toman las decisiones de lucha contra éstas, la disposición de ánimo para valerse de la comunicación mediante una estrategia por múltiples medios. Pero, lamentablemente, no existe en este país la capacidad institucional para delinear tal estrategia ni, menos, para ponerla en ejecución. Los recursos - humanos, materiales y financieros - disponibles para ello son sumamente escasos e inadecuados en comparación con la magnitud y la complejidad de la misión que se asigna a la comunicación: motivar y enseñar prácticamente a toda la población del país para que adopte prontamente determinados comportamientos en protección de su salud.

3. Debido a esas carencias, a la demora en la formulación de una estrategia general para la lucha contra el cólera y a la falta de coordinación interinstitucional efectiva y continua lo que se ha podido hacer en materia de comunicación, desde que comenzara la epidemia a mediados de 1991, no parece haber tenido el impacto apetecido.
4. Subsanan esa situación gravemente deficitaria requeriría mucho más que la formulación de una estrategia cifrada en la combinación de múltiples medios de comunicación. La realización de campañas para la distribución intensa de mensajes puede ser una táctica deseable en ciertas circunstancias y por algún tiempo pero, además de ser difícil y costosa, no resolvería por sí sola en profundidad y de manera definitiva, el problema de la desorientación y la incapacidad que a la fecha prevalecen en este campo debido a factores que a menudo escapan a la mejor intención de los pocos especialistas en comunicación involucrados en la lucha contra el mal.
5. Atacar exclusivamente o con excesiva prioridad al cólera no puede ser un enfoque eficiente para la comunicación porque se caracteriza por el contraste entre altos insumos y bajos rendimientos. Se necesita pues, también en este campo, hacer plenamente efectiva la lógica intención gubernamental de conjugar equilibradamente recursos y esfuerzos para ir controlando al total de las enfermedades diarreicas hasta su eliminación.
6. Más aún, lo que hace falta en Bolivia, en último análisis, es un enfoque integral y de largo plazo, para mejorar sustantivamente la comunicación en salud al servicio de todos los programas prioritarios. En tanto que el cólera ha dado muerte a unos 600 adultos en 24 meses, las demás enfermedades diarreicas agudas matan anualmente a 15.000 niños de menos de cinco años de edad; o sea, cuando menos a 40 de ellos cada día. Las infecciones respiratorias agudas, a su vez, dan muerte por lo menos a 10.000 niños de esa misma edad por año. Y cerca de 4.000 más fallecen en ese mismo periodo víctimas de problemas perinatales. Nada, como no sea el pánico colectivo en torno al cólera causado acaso por un tratamiento noticioso sensacionalista de la epidemia, explica una dedicación exclusiva o prioritaria a esa epidemia al precio del soslayamiento de las otras patologías que, junto con la desnutrición, están privando desvastadoramente a Bolivia de su futuro mismo. Por tanto, la comunicación no puede superespecializarse en el combate del cólera con descuido de sus otras obligaciones premiosas.

7. Debidamente orientada, jerarquizada, organizada y financiada la comunicación educativa puede, sin duda, constituirse en un elemento de gran utilidad para el alcance de las ambiciosas metas de salud que Bolivia se ha trazado, especialmente con miras al ya inminente año 2000. Pero no debería esperarse - cayendo en el extremo opuesto al actual - que ella logre superar por sí sola barreras estructurales que ningún esfuerzo persuasivo pueda abatir. Por ejemplo, el hecho deplorable de que la mayoría de la población boliviana, especialmente la de las áreas rurales, no cuenta todavía con agua potable ni con el alcantarillado que le permita tener en el hogar los servicios sanitarios que evitan el contagio de enfermedades letales como las diarreas agudas.

Sugestiones

Lo que el Consultor estima deseable recomendar para corregir la situación diagnosticada se divide en dos partes. La primera se refiere sólo al mejoramiento a corto plazo de las comunicaciones en apoyo específico a la lucha contra todas las enfermedades diarreicas agudas, incluyendo al cólera, pero sin darle excesiva prioridad. La segunda se refiere al mejoramiento de la comunicación al servicio de todos los programas prioritarios de salud a mediano y largo plazo. El mejoramiento de la comunicación a sugerirse en la primera parte será de naturaleza coyuntural y tendrá énfasis en la ampliación y perfeccionamiento de la capacidad estatal de programación, producción y distribución de mensajes. El mejoramiento de la comunicación a proponerse en la segunda parte será estructural, integral, profundo y constante. Conllevará cambios sustantivos de enfoque y organización.

En cuanto a la primera parte se sugiere:

1. Establecer, a partir de principios de octubre de 1993, un Grupo de Trabajo sobre Comunicación para Enfermedades Diarreicas Agudas (TRACEDA), adscrito al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública pero coordinado, financiado y administrado por un organismo internacional calificado.

Las responsabilidades de este Grupo de Trabajo serían éstas:

- a. Diseñar en detalle y con estimación de costos un Proyecto Bional (1994-1995) de Comunicación contra Enfermedades Diarreicas Agudas (PRO-CEDA).
- b. Formular, como elementos fundacionales para dicho proyecto, una Estrategia General y un Plan Operativo Bional por aquel mismo periodo.

El periodo de servicios del Grupo de Trabajo sería de semanas: del 11 de octubre al 17 de diciembre de 1993.

El personal del Grupo de Trabajo estaría conformado por un Coordinador y Especialista Principal en Comunicación en Salud, un Asesor en Medios Masivos y un Asesor en Medios Interpersonales y Alternativos, además de una Secretaria y un Mensajero-Asesor. El primero podría ser un consultor local con contrato de 10 semanas; también sería local el asesor de comunicación interpersonal y alternativa, con contrato por 8 semanas; en cambio el asesor en medios masivos, especializado en comunicación en salud con particular conocimiento de las enfermedades infantiles en general y diarreicas en particular, tendría que ser internacional y su tiempo contractual sería de 4 semanas. El personal auxiliar sería, sin duda, local con contrato de 10 semanas.

El costo de este Grupo de Trabajo sería aproximadamente, de US\$ 30,000, compuesto así

- Personal.....	US\$	12,000
- Viajes.....	US\$	1,900
- Viáticos.....	US\$	3,200
- Local, muebles, equipos y enseres materiales, así como servicios (agua, luz, teléfono).....	US\$	8,000
- Comunicaciones, transportes y otros.....	US\$	2,000
	US\$	28,000
- Misceláneos y contingencias.....	US\$	2,000
	T O T A L	US\$ 30,000

Este costo pareciera pronta y lógicamente financiable con la suma ya asignada por el UNICEF a Bolivia para comunicación contra el cólera pero aún no desembolsada.

En cuanto a la segunda parte se sugiere las siguientes actividades a desarrollarse entre agosto de 1993 y mayo de 1994 (Ver el Gráfico del Cronograma de Actividades):

1. Encomendar a un instituto de ciencias sociales, a una firma apropiada dos investigaciones paralelas o ambas: una Descripción Sistemática y Analítica del Público de Bolivia (PUBLICOM), y un Inventario Detallado de los Medios Masivos de Comunicación (INMECOM) de que dispone el país. Ambos deberían basarse inicialmente sobre documentación existente y apelar, complementariamente a toma de información al día

GRAFICO 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA COMUNICACION. AGOSTO DE 1993 A MAYO DE 1994

ACTIVIDADES	1993					1994				
	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Diseño del Proyecto Bienal			11		17					
Estudio de Públicos	30		29							
Estudio de Medios	30		29							
Diseño de los Subsistemas de Apoyo						10				13

por medio de encuestas, entrevistas en profundidad y otros métodos apropiados de indagación.

El estudio del público tomaría 9 semanas, comenzando a fines de agosto de 1993. Sus costos serían de alrededor de US\$ 12,000. Y su producto, un texto no inferior a 350 páginas que proporcione bases informativas precisas y confiables para sustentar el diseño del arriba propuesto proyecto referente a las enfermedades diarreicas agudas, así como para la formulación de la estrategia y el plan operativo recomendados. Quedaría así subsanada la aguda carencia de información pormenorizada sobre la población nacional tomada como público de los medios masivos.

El estudio de los medios tomaría 6 semanas, comenzando a fines de agosto de 1993. Su costo sería de aproximadamente US\$ 8,000. Y su producto, un texto no inferior a 250 páginas, que proporcione información, cuantitativa y cualitativa, sobre el número y tipo de esos medios, incluyendo su régimen de propiedad, su capital y personal, ubicación, su alcance, su influencia, su financiación, etc., así como datos sobre agencias de publicidad y de noticias y sobre la infraestructura de telecomunicaciones del país. Quedaría así subsanada la ausencia de una visión panorámica y actualizada del sistema de comunicación masiva, estatal y privada, con fines de lucro o sin ellos.

Los dos estudios serían pronta y lógicamente financiables por USAID/Bolivia desembolsando las dos partidas de US\$ 10,000 cada una, ya comprometidas por este organismo internacional para la comunicación anticólera.

2. Establecer, a partir de principios de enero de 1994, un Grupo de Planeamiento de la Reorientación y la Reestructuración de la Comunicación en Salud (PLANICOMSA), adscrito al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública pero coordinado, financiado y administrado por un organismo internacional calificado.

Las responsabilidades de ese Grupo de Planeamiento serían las siguientes:

- a. Comprometerse a fondo con la situación de la comunicación para la salud, en sentido global, en Bolivia, identificando necesidades y disponibilidades, así como logros y limitaciones.
- b. Familiarizarse en detalle con la estructura y funciones del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, así como con sus programas prioritarios, operaciones principales y sistemas de apoyo.

- c. Familiarizarse con los patrones de organización y jerarquía de la administración pública boliviana, así como con su régimen de remuneraciones y beneficios sociales, viáticos, etc.
- d. Formular una Estrategia General de Comunicación en Salud con un horizonte de 8 a 12 años, una cobertura de los requerimientos de todos los programas del sector y un enfoque integral y de función por función.
- e. Diseñar el Subsistema de Apoyo en Comunicación Educativa (SACE)* con especificaciones precisas de órganos, funciones prioridades, personal (en la sede y en el interior), locales, equipos y materiales y costos de instalación.
- f. Diseñar al nivel estimativo y general un Programa Presupuesto Trienal de Operaciones (1995-1996-1997), compuesto de capítulos anuales, relativo a todos los programas sectoriales y aplicativo a las variantes regionales.
- g. Diseñar al nivel operativo y específico, el Plan y Presupuesto Anual 1995.

El período de servicios del Grupo de Planeamiento ABPIA de 18 semanas continuas, del 10 de enero al 13 de marzo de 1994.

* El régimen orgánico del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública establece 6 grandes programas. Cada uno de ellos opera mediante 7 líneas de acción. Una de éstas es denominada "movilización y comunicación social". Según el enunciado oficial de Fundamentos de la Política Nacional de Salud, el cumplimiento de esas líneas de acción demanda el funcionamiento de Subsistemas de Apoyo "hasta hoy (1991) descuidados". Se estiman necesarios 6 de tales subsistemas, pero ninguno de ellos se refiere a comunicación. Como éste es indispensable, se plantea aquí reformar la orientación y la organización de las actividades de comunicación del MPESP haciendo de ese sistema faltante una realidad. Importa hacer notar que el adjetivo EDUCATIVA que se da a la comunicación en el nombre del subsistema no es casual. Quiero decir que tal subsistema sólo se dedica a la comunicación de servicio al pueblo en salud y no a la creación de una imagen institucional favorable en la opinión pública. En tal sentido, lo adecuado sería que esa función de promoción de imagen fuera atendida por una Oficina de Relaciones Públicas. El actual órgano central que el Ministerio de Salud tiene en este campo ya es, de facto, una tal oficina de relaciones públicas, a la que se ha añadido la función de comunicación educativa pero asignando a ésta última una prioridad claramente menor. En el nuevo esquema esas funciones deberían quedar totalmente separadas. Lo educativo es muy distinto de lo publicitario y no debe mezclarse con éste.

El personal del Grupo de Planeamiento estaría integrado por una planta de expertos de alto nivel, 5 internacionales y 2 locales. Habrían dos coordinadores y cuatro especialistas, auxiliados por personal secretarial.

El personal directivo deberá reunir las siguientes características:

- El coordinador general será un especialista en organización y administración de instituciones de desarrollo, con énfasis en comunicación y familiaridad con el sector salud.
- El coordinador adjunto será un especialista en comunicación educativa, por medios masivos y alternativos, con énfasis en el sector salud y experiencia en políticas, planes y organización de programas de comunicación.
- El asistente técnico será un planificador económico especializado en diseño de proyectos sociales y familiarizado con el sector salud.

El detalle de especialidades, tiempos y costos de honorarios se presenta en la Tabla 8.

Como es muy poco probable que el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública pueda facilitar local adecuado y bien dotado al Grupo de Trabajo y al Grupo de Planeamiento, es necesario prever también el concurso de fondos externos para atender estos costos. Lo mismo puede decirse de otros rubros que se calculan en la Tabla 9.

Tabla 8

COSTO DE PERSONAL PARA EL DISEÑO DE SUBSISTEMA DE APOYO

CARGO DEL CONSULTOR	SEMANAS DE SERVICIO	TASA DIARIA US\$	COSTO/ SEMANA US\$	TOTAL DE HONORARIOS
<u>Personal Directivo</u>				
- Coordinador General	12	160	800	9.600
- Coordinador Adjunto (local)	18	90	450	8.100
- Asistente Técnico (local)	14	60	300	4.200
<u>Personal Profesional</u>				
- Especialista en Producción	12	140	700	8.400
- Especialista de Programación de Comunicación en Salud	8	140	700	5.600
- Especialista en Investigación y Evaluación de Comunicación en Salud	4	120	600	2.400
- Especialista en Capacitación e Intercambio en Comunicación Educativa	4	120	600	2.400
<u>Personal Auxiliar (local)</u>				
- Asistente Administrativo y Contable	16	40	300	3.200
- Secretaria Ejecutiva	16	30	150	2.400
- Secretaria Documentalista	14	20	100	1.400
- Mecanógrafa/Recepcionista	10	15	75	750
- Mensajero/Ascador	17	9	45	765
			TOTAL	49.215

Tabla 9

PRESUPUESTO GENERAL PARA EL DISEÑO DEL SUBSISTEMA DE APOYO

PARTIDAS	MONTOS EN US\$
I. Personal	49.215
II. Pasajes (10 pasajes aéreos en clase económica)	8.500
III. Viáticos (Tasa diaria de US\$ 80 por día)	22.000
IV. Local y servicios (alquiler, luz, agua, teléfono, porteria)	6.000
V. Muebles, equipos, útiles y enseres	14.000
VI. Materiales de escritorio y reprografia US\$ 300/mes durante 4 meses	1.200
VII. Comunicaciones y transporte local US\$ 300/mes durante 4 meses.	1.200
	102.115.0
VIII. Misceláneos y Contingencias	10.211.5
TOTAL DE COSTOS	112.326.5

Potenciales Fuentes de Más Fondos

A diferencia de los dos casos anteriores sugeridos, no hay para este tercero - por lo menos en conocimiento del Consultor a cargo del presente estudio - dineros ya comprometidos para nuevas tareas de comunicación en salud como las que se plantean en este caso. Sin embargo, no se estima improbable que las fuentes internacionales principalmente relacionadas con este campo en Bolivia puedan arbitrar recursos adicionales en plazo relativamente corto. Parecen haber por lo menos estas posibilidades.

1. La OPS ofreció a Bolivia apoyo, hasta la fecha en vano, para tramitar una donación de hasta US\$ 60,000 para comunicación con cargo a fondos holandeses. Tal vez pudiera recaudarse esta gestión para contribuir a sufragar el costo estimado para montar el Subsistema.
2. La propia OPS tiene en trámite una petición de ayuda al gobierno de Suecia que incluye una partida para comunicación de US\$ 87,000. ¿Sería posible aplicar -siquiera en parte- tal fondo, que parece de inminente obtención, mas bien al diseño para el Subsistema en vez de que se aplicara a la producción y distribución de mensajes en ausencia de investigaciones básicas sobre públicos y medios?
3. De la suma total asignada por USAID para la lucha contra el cólera el presente año, hay - según el funcionario de esa entidad Charles Llewellyn - un saldo aún no comprometido ni desembolsado suficiente como para tomar parte de él para fines de comunicación.
4. El UNICEF no descarta la posibilidad de hacer algunos aportes adicionales, especialmente en el próximo año.
5. Y en la esfera nacional, ¿no podrá el Fondo de Inversión Social absorber siquiera una parte de ese total de US\$ 112.326.5?

¿Dar Pescados o Enseñar a Pescar?

Existe para coordinar esfuerzos y recursos internacionales en la lucha contra el cólera un Comité Interagencial. Parece lógico suponer que en este cuerpo se pudiera llegar a acuerdos para sustentar dicho subsistema. ¿Por qué convendría hacer esto? Por una consideración de optimización de inversiones; poner dinero para gastos en mensajes no sustentados en conocimientos sólidos de los públicos, los medios y aún los contenidos conllevan el riesgo de desperdicio, o, cuando menos, de bajo rendimiento. En cambio - aunque sea más lento y apenas algo más costoso - invertir en mejorar en general la capacidad institucional del Estado boliviano para atender todo el frente de batalla por la salud de la población es algo que promete lograr de cada dólar una alta productividad.

Las acciones parciales y coyunturales pueden ser relativamente útiles pero son medidas temporales frente a males de larga duración.

Las acciones de edificación institucional, que tienden a dar poder de planeamiento y ejecución a las propias entidades nacionales, aseguran un mejor futuro porque habilitan al país para hacerse cargo de esas obligaciones en forma optimizada y definitiva.

El Consultor espera que el gobierno nacional y el sistema internacional de apoyo al desarrollo encuentren útiles las informaciones y las apreciaciones y las recomendaciones de este estudio.

===== LIMITACIONES =====

El presente estudio estuvo limitado por tres factores:

1. La escasez y dispersión de literatura sobre la situación, en general del cólera en Bolivia y la total ausencia de documentos referentes al uso de la comunicación social en la lucha contra esa epidemia.
2. La relativa dificultad de tomar contacto oportuno con algunas fuentes principales de información debido mayormente a viajes y a otros compromisos.
3. La insuficiencia del plazo de dos semanas para atender en detalle y documentadamente el requerimiento de la Academy for Educational Development via USAID/Bolivia.

Estas limitaciones fueron superadas en todo lo posible por el autor agregando algo de tiempo al empeño y contando principalmente con la estrecha cooperación del Lic. Ramiro Caballero y con la gentil ayuda de la Lic. Nancy Castellón, ambos consultores de la Universidad de Johns Hopkins en Bolivia, así como el eficaz apoyo bibliográfico de Daniela Camacho y secretarial de Liliana Medinaceli de Flores.

LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS

LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS

Dra. Ana María Aguilar
Community and Child Health (CCH)
Representante de PRITECH
Calle Goitia No. 141
Teléfonos: 376331 y 376346

Lic. Olga Arnéz
Coordinadora de Participación Social y Educación Sanitaria
Dirección Nacional de Saneamiento Ambiental
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Capitán Ravelo No. 2199
Teléfono: 375473

Lic. Lisselotte Barragán
Asistente de Gerencia
Centro Interdisciplinario de Estudios Comunitarios (CIEC)
Calle Ecuador No. 2459
Teléfono: 360358; Fax: 328933

Lic. Raúl Bohrt
Consultor Asociado
Centro Interdisciplinario de Estudios Comunitarios (CIEC)
Calle Ecuador No. 2459
Teléfono: 360358; Fax: 328933

Dra. Alda Camacho
Directora Nacional Interina de Saneamiento Ambiental
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Capitán Ravelo No. 2199
Teléfono: 375473

Lic. María Cláudia Dabdoub
Jefe Nacional de Comunicación Social
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Plaza del Estudiante s/n
Teléfono: 375468

Ing. Isabel Deheza
Coordinadora Proyecto de Control de Alimentos MPSSP-FAO
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Capitán Ravelo No. 2199
Teléfono: 375473

Lic. Cristina Gardel
Consultora en Enfermería-Salud Materno Infantil
Organización Panamericana de la Salud-OPS
Av. 20 de Octubre No. 2038
Edificio FONCOMIN, Piso 3
Teléfonos: 363836 y 371644; Fax: 391296

Dr. Oscar Gonzáles
Coordinador Proyecto Diarrea
Community and Child Health (CCH)
Calle Goitia No. 141
Teléfonos: 376331 y 376346

Lic. Gridvia Kunkar
Oficial de Comunicación
UNICEF
Calle No. 9 de Obrajes
Teléfono: 786577 y 786578

Dr. Joel Kuritzky
Technical Adviser AID-Child Survival
Community and Child Health (CCH)
Calle Goitia No. 141
Teléfonos 376331 y 376346

Lic. Carlos Melgar
Director de Proyectos Especiales
Community and Child Health (CCH)
Calle Goitia No. 141
Teléfonos 376331 y 376346

Dra. Marcia Moreira
Consultora Asesora en Epidemiología
Organización Panamericana de la Salud-OPS
Av. 20 de Octubre No. 2038
Edificio FONCOMIN, Piso 3
Teléfonos: 363836 y 371644; Fax: 391296

Dr. Virgilio Prieto
Director Nacional de Epidemiología
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Capitán Ravelo No. 2199
Teléfono: 376006 y 375466

Dra. Jackeline Reyes
Responsable del Programa de Control de Enfermedades Diarréicas
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Capitán Ravelo No. 2199
Teléfono: 375473

Lic. Gabriela Sotomayor
Jefe Regional de Comunicación y Gestión Social
Unidad Sanitaria de La Paz
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Mariscal Santa Cruz, Edificio Lotería, Piso 7
Teléfonos: 377151 y 375477; Fax: 323899

Dr. Rolando Suárez
Coordinador Nacional de Lucha contra el Cólera
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
Plaza del Estudiante s/n
Teléfono: 375468

LISTA DE PRINCIPALES DOCUMENTOS REVISADOS

DOCUMENTOS SOBRE EL COLERA

- 1.- AGUILAR, Ana Maria. et. al. Censo y evaluación de unidades de rehidratación oral comunitarias. Unidades sanitarias, Cochabamba, La Paz, El Alto, Santa Cruz, Tarija, Trinidad. La Paz: MPSSP/PRITECH, 1993.
- 2.- ANTEZANA, Mauricio. Informe de evaluación (CIEC-1990). La Paz: CIEC, 1990.
- 3.- Boletín Informativo. Situación del cólera en Bolivia. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. La Paz. Números usados: 1993: 1;2;3;4,5,6;7;8;9;10;11;14;15;16;18;19.
- 4.- Boletín Informativo. Salud Andina. Secretaría Ejecutiva Convenio Hipólito Unanue. Quito. Nro. 11, 1993.
- 5.- Centro de Salud Infantil y Comunitario. Propuesta de proyecto terapia de rehidratación oral comunitaria. La Paz: C.C.H., 1993.
- 6.- CLAURE, Ramiro. Proyecto de prevención del cólera: Análisis y recomendaciones. La Paz: H.A.M./ Hospital San Gabriel. s.d.
- 7.- Dabdoub, Carlos. Plan Nacional Diarrea/Cólera 1993-1994. La Paz: M.P.S.S.P., enero 1993.
- 8.- Dirección Nacional de Epidemiología/ Programa cólera. Actividades en el programa de vigilancia epidemiológica de cólera 1991, 1992, 1993. La Paz: DIRNALEP, 1993.
- 9.- Fondo de Inversión Social/ Centro de Investigación de Estudios Comunitarios. Programa de educación sanitaria para la prevención del cólera. Informe Técnico Final. La Paz: FIS/ CIEC, 1992.
- 10.- GRIFFIN, Katherine. "The time of cholera". Health, may/june, 1993. p.85-92.
- 11.- Ministerio de Asuntos Urbanos/ DINASBA. Programa agua para todos. Plan nacional de agua potable y saneamiento 1992-2000. La Paz: Ministerio de Asuntos Urbanos, 1992.
- 12.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Análisis de la epidemia de cólera en Bolivia a la semana 26 (27 de junio de 1992). La Paz: M.P.S.S.P., 1992.
- 13.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Bolivia: Principales resoluciones y convenios a propósito del cólera. Reunión de ministros de salud de Sudamérica BS.AS. 27-28 feb., 1992. La Paz: DIP, 1992.
- 14.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Encuestas sobre el manejo de casos de diarrea a nivel de los establecimientos de salud. Bolivia, 12-30 de abril 1993. Informe Final. La Paz: M.P.S.S.P., 1993.
- 15.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública/Unidad Sanitaria Cochabamba/ UNICEF. Estrategia de movilización y comunicación social de lucha contra el cólera. Cochabamba 1992. La Paz: M.P.S.S.P./U.S.C./UNICEF, 1992..
- 16.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública/Unidad Sanitaria La Paz. Investigación sobre servicios de salud. La Paz: M.S.S.P./ U.S.LP..s.d.

- 17.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Manual de normas y procedimientos de lucha contra el cólera. La Paz: PROSALUD/OPS/ UNICEF/USAID, 1992.
- 18.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Plan Operativo gestión 1990". La Paz: M.P.S.S.P., 1990.
- 19.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Plan nacional de lucha contra las diarreas y el cólera 1993-1994. La Paz: M.P.S.S.P., febrero de 1993.
- 20.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Plan nacional de supervivencia-desarrollo infantil y salud materna. Libro de normas y procedimientos. La Paz: M.P.S.S.P., 1992.
- 21.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Proyecto de campaña contra el cólera y otras diarreas. Noviembre 1992-julio 1993. La Paz: M.P.S.S.P., 1993.
- 22.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Resolución Ministerial 13 diciembre de 1992.
- 23.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Resolución Ministerial 5 marzo de 1993.
- 24.- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Resolución Interministerial 22 julio de 1992.
- 25.- MARISCAL, Jorge. et. al. Situación del cólera en Cochabamba y prioridades para la acción. Informe del trabajo de campo. La Paz: UNICEF/OPS/MPSSP febrero 1992.
- 26.- Organización Panamericana de la Salud. Catálogo de materiales. Proyecto de comunicación social en cólera. Washington D.C.:OPS, 1992.
- 27.- Organización Panamericana de la Salud Cholera situation in the Americas. Update N.2. Washington D.C.: OPS, 1993.
- 28.- UNICEF-La Paz. Análisis de la situación de niños y mujeres en Bolivia. La Paz: UNICEF, 1992. (Borrador)
- 29.- UNICEF-La Paz. El cólera en las Américas. Número acumulado de casos y defunciones por país y por año, al 26, marzo de 1992.
- 30.- USAID-PERU. Soluciones orales: un tratamiento sencillo contra la deshidratación en casos de diarrea. Mecanismos de acción y modo de empleo. Lima: USAID-Perú, s.d..

Anexo A

LISTA DE ESPECIMENES DE MENSAJES ANALIZADOS

- 1.- FIS/CIEC/USEA/USLP/CLCC. Díptico. "Cuidados para la persona que ha contraído el cólera".
- 2.- FIS/CIEC/USEA/USLP/CLCC. Díptico. "Cómo se contagia el cólera".
- 3.- FIS/CIEC/USEA/USLP/CLCC. Díptico. "Cómo protegerse del cólera".
- 4.- FIS/CIEC/USEA/USLP/CLCC. Díptico. "Cómo podemos reconocer si una persona tiene cólera".
- 5.- FIS/CIEC/USEA/USLP/CLCC. Díptico. "Cómo una vendedora de comida puede contagiar cólera a sus clientes".
- 6.- FIS/CIEC. Cartilla. "Cólera! Toda diarrea es sospechosa".
- 7.- FIS/CIEC. Cartilla. "Cólera! Problema de todos".
- 8.- FIS/CIEC. Cartilla. "Cólera! Hierve el agua, antes de tomarla".
- 9.- FIS/CIEC. Cartilla. "Cólera! Por tu salud usa el baño".
- 10.- FIS/CIEC. Cartilla. "Cólera! enfermedad de la suciedad".
- 11.- Honorable Alcaldía Municipal de La Paz. Cartilla N.2 "Campaña contra el cólera protección de alimentos" Orientación y educación sanitaria básica.
- 12.- FIS/CIEC. Cartilla. N.7 Mejoremos nuestra salud. "El cólera: enfermedad de la suciedad".
- 13.- FAO/MPSSP. Cartilla resumen. "Curso de capacitación a vendedores de alimentos".
- 14.- CIEC/FIS/USLP/USEA/CLCC. Sticker. "Cólera!! Evitarlo está en tus manos..Lávatelas".
- 15.- CIEC/FIS/USLP/USEA/CLCC. Afiche. "Cólera un problema de todos".
- 16.- MPSSP/Fundación San Gabriel/Area de salud Centro de Salud Hospital San Gabriel. C.C.H. Afiche. "Controlemos el cólera y las diarreas".
- 17.- USL/Comité Interinstitucional de lucha contra el cólera. "Alto al Cólera!".
- 18.- CBN/Comité departamental de emergencia contra el cólera. Hoja suelta. "Evite el cólera".
- 19.- Caritas Boliviana. Hoja suelta. "Qué es el cólera?".
- 20.- MPSSP/USAID/UNICEF-BOLIVIA/URO. Hoja suelta. "La diarrea común mata pero la diarrea por cólera mata más rápidamente".
- 21.- MPSSP/Fundación San Gabriel. Hoja suelta. "Luchemos contra el cólera".
- 22.- CIES/Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza/EE.RR. Fides. Hoja suelta. "Y si aparece el cólera...?".
- 23.- CIES/Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza/EE.RR. Fides. Hoja suelta. "El cólera nos ataca porque no tenemos alcantarillado".

CUADROS ESTADISTICOS SOBRE COMUNICACION MASIVA EN BOLIVIA

PRENSA

CUADRO 1

BOLIVIA: PERIÓDICOS POR AÑO DE FUNDACION, PERIODO, CIRCULACION, TIRAJE Y REGIMEN DE PROPIEDAD, SEGUN DEPARTAMENTOS, 1992.

DEPARTAMENTOS	FUNDACION	PERIODO	CIRCULACION	TIRAJE (Miles)	PROPIEDAD
LA PAZ (7)					
Presencia	1952	D	N	13	PIE
El Diario	1904	D	N	17	PFE
Hoy	1969	D	N	3	PFE
Ultima Hora	1929	D	N	7	PE
La Razón	1990	D	N	2	PE
Primera Plana	1990	D	L	*	PE
Jornada	1964	D	L	1	PE
La Quinta	1991	D	L	*	PE
COCHABAMBA (3)					
Opinión	1965	D	N	4	PIE
Los Tiempos	1943	D	N	3	PFE
Correo					
SANTA CRUZ (3)					
El Deber	1953	D	N	11	PFE
El Mundo	1979	D	N	10	PE
El Día	1987	D	N	3	PE
ORURO (2)					
La Patria	1919	D	L	3	PFE
El Expreso	1978	D	L	1.5	PFE
POTOSI (2)					
Gaceta del Sur	1977	D	L	*	PFE
El Siglo	1975	D	L	1	PFE
SUCRE (1)					
Correo del Sur	*	D	L	*	PFE
TARIJA (2)					
La Crítica		D	L	*	†
La Voz del Sur	1985	D	L	*	PFE
BENI (1)					
La Palabra	1967	D	L	*	PIE
PANDO (1)					
Frontera	1981	S	L	*	PIE

D= DIARIO; S= SEMANAL; N= NACIONAL; L=LOCAL

PE= PRIVADA EMPRESARIAL; PFE= PRIVADA FAMILIAR EMPRESARIAL;

PIE= PRIVADA INSTITUCIONAL EMPRESARIAL

† No hay datos disponibles

Fuentes: Adalid Contreras, 1992. Raúl Rivadeneira Prada, 1991.

CUADRO 2.
BOLIVIA: HOGARES PARTICULARES POR AREA, SEGUN LECTURA DE PERIODICOS EN UNA SEMANA, 1988

LECTURA DE PERIODICO (Días de la semana)	TOTAL PAIS %	AREA URBANA %	AREA RURAL %
TOTAL	100.0	100.0	100.0
1 a 3 días	21.7	35.3	8.1
4 a 6 días	1.9	3.2	0.4
7 días	6.0	11.5	0.5
NÓ LEEN	62.8	44.1	81.8
NÓ ESPECIFICAN	7.5	5.9	9.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

CUADRO 3.
BOLIVIA: ACCESO A LOS PERIODICOS SEGUN DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS DONDE SE UBICAN LAS CIUDADES CAPITALES, 1991.

DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS	ACCESO %	TASA ANALF. %
LA PAZ	7.2	31.9
Murillo	26.3	
COCHABAMBA	10.3	40.8
Cercado	34.9	
SANTA CRUZ	16.6	21.1
A. Ibañez	32.1	
ORURO	13.9	26.9
Cercado	24.0	
POTOSI	11.4	54.5
Frias	17.5	
CHUQUISACA	5.2	61.1
Oropeza	19.0	
TARIJA	8.7	36.9
Cercado	19.5	
BENI	10.8	22.0
Cercado	21.7	
PANDO	8.3	33.6
Nicolás Suárez	24.8	

Fuentes: CARITAS, 1991.
INE, 1988.

CUADRO 4.

EVOLUCION DEL ANALFABETISMO DE LA POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS SEGUN AREA DE RESIDENCIA Y SEXO. 1976 y 1988.

	1976		1988	
	ANALFABETOS (MILES)	TASA %	ANALFABETOS (MILES)	TASA %
PAIS	993,4	36,8	669,4	18,3
URBANO	176,8	15,2	146,1	7,6
Hombres	134,4	6,2	25,6	2,9
Mujeres	142,4	23,2	120,5	12,3
RURAL	816,6	53,1	523,3	31,1
Hombres	281,0	37,2	160,9	19,1
Mujeres	535,6	68,5	362,4	43,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

RADIO

CUADRO 5

BOLIVIA: RADIOEMISORAS POR UBICACION, SEGUN DEPARTAMENTOS. 1990

DEPARTAMENTO	CIUDAD		PROVINCIAS	TOTAL
	AM	FM		
La Paz	22	16	15	53
Oruro	9	10	9	28
Potosí	3	3	20	26
Cochabamba	8	13	35	56
Chuquisaca	6	5	1	12
Tarija	5	2	5	12
Santa Cruz	10	12	23	45
Beni	2	3	14	19
Pando	3	-	-	3
TOTAL	68	64	122	253

Fuente: DGT. 1990.

 CUADRO 6

BOLIVIA: ACCESO A LAS RADIOS POR DISPONIBILIDAD DE ENERGIA ELECTRICA. SEGUN DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS DONDE SE UBICAN LAS CIUDADES CAPITALES. 1991.

DEPARTAMENTOS	ACCESO A RADIOS %	DISPONIBILIDAD ENERGIA ELECTRICA %
LA PAZ	56.4	41.9
Murillo	80.5	
COCHABAMBA	60.2	32.4
Cercado	85.6	
SANTA CRUZ	60.2	40.2
A. Ibañez	69.0	
ORURO	60.2	40.8
Cercado	74.1	
POTOSI	57.5	23.1
Frias	74.3	
CHUQUISACA	45.9	18.4
Oropeza	74.6	
TARIJA	66.1	23.5
Cercado	81.1	
BENI	65.4	26.3
Cercado	21.7	
PANDO	64.6	15.0
Nicolás Suárez	71.6	

Fuentes: CARITAS, 1991. INE, 1989

 CUADRO 7

BOLIVIA: HOGARES PARTICULARES POR AREA, SEGUN TENENCIA DE RADIO Y TELEVISOR. 1988

TENENCIA DE RADIO Y TELEVISOR	TOTAL PAIS	AREA URBANA	AREA RURAL
TOTAL	100.0	100.0	100.0
RADIO	34.2	15.5	53.1
TELEVISOR	2.7	4.8	0.1
TELEVISOR Y RADIO	41.8	71.6	11.8
NINGUNO	21.3	8.0	35.4

FUENTE: INE, 1989.

CUADRO 8.

BOLIVIA: VIVIENDAS PARTICULARES POR AREA. SEGUN DISPONIBILIDAD DE ENERGIA ELECTRICA. 1976 Y 1988

DISPONIBILIDAD	TOTAL PAIS		AREA URBANA		AREA RURAL	
	1976	1988	1976	1988	1976	1988
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TIENE	34.3	59.3	76.2	91.7	5.8	26.5
NO TIENE	65.7	10.7	23.8	8.3	94.4	73.5

Fuente: INE. 1988.

CUADRO 9

BOLIVIA: RANGOS DE POTENCIA DE LAS RADIOEMISORAS POR TIPOS DE ONDA DE TRANSMISION. 1985

RANGOS DE POTENCIA	OC %	OM %	FM %
Hasta 1 Kws.	63	72	58
1.01 a 5 Kws.	27	17	15
5.01 y más Kws.	10	11	20 (sic)
	100	100	100

Fuente: Jaime Reyes. 1990.

CUADRO 10.
BOLIVIA: EMISORAS DE MAYOR POTENCIA POR REGIMEN
DE PROPIEDAD, SEGUN COBERTURA Y LUGAR DE OPERACIONES.
1992.

COBERTURA POR DEPARTAMENTOS Y LUGARES DE OPERACION	POTENCIA Kw	PROPIEDAD
NACIONAL (15 %)		
La Paz		
FIDES	16.5	PIE
PANAMERICANA	10.0	PE
JLLIMANI	10.0	PE
REGIONAL (21 %)		
La Paz		
SAN GABRIEL	10.0	PIE
METROPOLITANA	5.0	PE
MENDEZ AGRIC.		PE
Cochabamba		
COSMOS	10.0	PE
CENTRO	10.0	PE
SAN RAFAEL	10.0	PIE
ESPERANZA	5.0	PIE
Santa Cruz		
EL MUNDO	10.0	PE
MENSAJE	5.0	PIE
IRFA	10.0	PIE
Chuquisaca		
ACLO	10.0	PIE
Tarija		
TARIJA	10.0	PIE
LOCAL (64 %)		
La Paz		
PROGRESO	5.0	PE
ALTIPLANO	5.0	PE
CRISTAL	5.0	PE
Santa Cruz		
ORIENTAL	5.0	PE

PE= PRIVADA EMPRESARIAL; PFE= PRIVADA FAMILIAR EMPRESARIAL;
PIE= PRIVADA INSTITUCIONAL

Fuente: elaboración propia. Basado en PRARE, 1992.

CUADRO 11
BOLIVIA: PORCENTAJE DE RADIOS SEGUN AUDIENCIA ESTIMADA.
1985

RANGOS DE AUDIENCIA (en miles)	RADIOS %	% Acumulado
Hasta 10	31	31
11- 50	37	68
51-100	16	84
101 y más	16	100

Fuente: elaboración propia. Basado en Inventario de Medios, 1985.

CUADRO 12
BOLIVIA: POBLACION INDIGENA POR ETNOREGIONES
1990

SELVATICA	167.306	2.6
AYMARA	1.286.000	20.0
QUECHUA	1.792.350	27.9
	3.239.656	50.5

Fuente: IIB, 1990.

CUADRO 13
BOLIVIA: POBLACION POR IDIOMAS HABLADOS, SEGUN DEPARTAMENTOS.
1988.

DEPARTAMENTOS	SOLO ESPANOL %	SOLO QUECHUA %	SOLO AYMARA %	QUECHUA/ AYMARA %	QUECHUA/ AYMARA/ ESPANOL	OTROS
BENI	92.3	0.0	0.1	0.0	2.5	5.1
TARIJA	89.8	0.1	0.1	0.0	7.9	2.1
PANDO	81.7	0.0	0.1	0.0	1.8	16.4
STA. CRUZ	79.9	1.3	0.1	0.0	12.9	5.8
CHUQUISACA	31.3	34.1	0.1	0.1	32.0	2.4
LA PAZ	22.4	1.3	19.3	0.6	56.0	0.4
ORURO	22.4	3.9	7.6	4.1	61.5	0.5
COCHABAMBA	14.6	30.0	0.6	0.8	53.5	0.5
POTOSI	11.7	33.8	1.5	5.2	47.6	0.2

Fuente: INE, 1988.

CUADRO 14.
 BOLIVIA: RADIOS MINERAS POR LOCALIDAD Y POTENCIA, SEGUN
 DEPARTAMENTOS. 1991

EMISORAS POR DEPARTAMENTOS	LOCALIDAD	POTENCIA (Kws)
LA PAZ		
Vanguardia	Colquiri	0.5
POTOSI		
21 de Diciembre	Catavi	0.8
Animas	Animas	0.8
La Voz del Minero	Siglo XX	0.5
9 de Abril	Fulacayo	1.0
ORURO		
San José	Oruro	3.0
Nacional de Huanuni	Huanuni	1.5
16 de Marzo	Mina Bolivar	1.0
Libertad	Santa Fé	1.0

Fuente: Jaime Reyes, 1991.

CUADRO 15.

BOLIVIA: RADIOEMISORAS DE ERBOL POR LOCALIDAD, POTENCIA Y POBLACION META

EMISORAS	LOCALIDAD	POTENCIA (Kws)	POBLACION META
LA PAZ			
San Gabriel	La Paz	10.0	Campeſinos aymaras del altiplano y de barrios marginales de La Paz
Yungas	Chulumani	1.5	Campeſinos aymaras de los Yungas
Santa Clara	Sorata	2.5	Campeſinos de la Prov. Larecaja
COCHABAMBA			
San Rafael	Cochabamba	10.0	Pobladores suburbanos y rurales del departamento
Esperanza	Aiquile	5.0	Campeſinos quechuas de las provincias Campero, Mizque y Carrasco
SANTA CRUZ			
Santa Cruz-IRFA	Santa Cruz	10.0	Pobladores suburbanos y rurales del departamento.
Juan XXIII	San Ignacio de Velasco	2.0	Campeſinos chiquitanos de la Prov. Velasco
POTOSI			
Pio XII	Siglo XX	1.0	Campeſinos del Norte de Potosi
CHUQUISACA			
ACLO	Sucre	10.0	Campeſinos quechuas de Chuquisaca y Potosi
TARIJA			
Tarija	Tarija	10.0	Campeſinos del departamento
Bermejo	Bermejo	4.0	Campeſinos del Chaco. Prov. Aniceto Arce
RENI			
San Miguel	Riberalta	1.0	Campeſinos e indigenas de la Amazonia

Fuente: Jaime Reyes, 1991.

TELEVISION

CUADRO 16
BOLIVIA: CANALES DE TELEVISION,
SEGUN DEPARTAMENTOS. 1993

DEPARTAMENTOS	NUMERO DE CANALES
LA PAZ	10
COCHABAMBA	7
SANTA CRUZ	9
ORURO	5
POTOSI	11
TARIJA	7
CHUQUISACA	6
BENI	14
PANDO	2
TOTAL	71

Fuente: DGT, 1993.

CUADRO 17.
BOLIVIA: VIVIENDAS PARTICULARES POR AREA, SEGUN DISPONIBILIDAD DE
ENERGIA ELECTRICA. 1976 Y 1988

DISPONIBILIDAD	TOTAL		AREA URBANA		AREA RURAL	
	1976	PAIS 1988	1976	1988	1976	1988
TIENE	34.3	59.3	76.2	91.7	5.8	26.5
NO TIENE	65.7	10.7	23.8	8.3	94.4	73.5

Fuente: INE, 1988.

CUADRO 18.
BOLIVIA: HOGARES PARTICULARES POR AREA, SEGUN TENENCIA DE RADIO Y
TELEVISOR. 1988

TENENCIA DE RADIO Y TELEVISOR	TOTAL PAIS	AREA URBANA	AREA RURAL
TOTAL	100.0	100.0	100.0
RADIO	34.2	15.5	53.1
TELEVISOR	2.7	4.8	0.1
TELEVISOR Y RADIO	41.8	71.6	11.5
NINGUNO	21.3	8.0	35.3

Fuente: INE, 1988.

CUADRO 19.

BOLIVIA: ACCESO A LOS TELEVISORES POR DISPONIBILIDAD DE ENERGIA ELECTRICA, SEGUN DEPARTAMENTOS Y PROVINCIAS DONDE SE UBICAN LAS CIUDADES CAPITALES. 1991.

DEPARTAMENTOS	ACCESO AL TELEVISOR %	DISPONIBILIDAD ENERGIA ELECTRICA %
LA FAZ	22.3	41.9
Murillo	60.7	
COCHABAMBA	31.1	32.4
Cercado	81.4	
SANTA CRUZ	34.4	40.2
A. Ibañez	61.8	
ORURO	34.5	40.8
Cercado	54.8	
POTOSI	35.4	23.1
Frias	68.5	
CHUQUISACA	18.6	18.4
Gropeza	61.9	
TARIJA	37.4	23.5
Cercado	68.3	
BENI	21.8	26.3
Cercado	45.5	
PANDO	21.3	15.0
Nicolás Suárez	54.6	

Fuentes: Elaboración propia. Basado en:
CARITAS, 1991 e INE, 1988

CINE

CUADRO 20.
BOLIVIA: SALAS EN CAPITALES DE DEPARTAMENTO Y EN
PROVINCIAS. 1991

DEPARTAMENTO	CAPITAL	PROVINCIAS	TOTAL
CHUQUISACA	6	3	9
LA PAZ	32	26	58
SANTA CRUZ	26	48	74
COCHABAMBA	10	19	29
ORURO	7	22	29
POTOSI	7	18	25
TARIJA	5	8	13
BENI	4	14	18
PANDO	2	-	2
TOTALES	99	158	257
%	38.5	61.4	

Fuente: Cinemateca Boliviana y Cámara Nacional de Empresarios Cinematográficos. 1991

CUADRO 21.
LA PAZ: CUOTAS DE CRECIMIENTO DE ESPECTADORES EN LAS SALAS DE
CINE ENTRE 1982, 1985 Y 1990.

AÑO	ESPECTADORES (en miles)	RAZON DE CRECIMIENTO
1982	3.585	
1985	2.388	- 0.33
1990	1.827	- 0.23

Fuente: elaboración propia. Basado en datos proporcionados por la Cinemateca Boliviana.

CUADRO 22.
BOLIVIA: PELÍCULAS ESTRENADAS EN EL CIRCUITO COMERCIAL
ENTRE 1987 Y 1990

AÑO	ESTRENOS	AMERICA LATINA %
1986	126	16.7
1987	209	14.8
1988	183	10.4
1989	189	14.3
1990	178	9.0

Fuente: Cinemateca Boliviana

CUADRO 23.

BOLIVIA: PELÍCULAS ESTRENADAS EN EL CIRCUITO COMERCIAL,
SEGUN GENERO. 1990.

GENERO	f	%
Drama	45	25,3
Comedia	37	20,8
Aventura	30	16,8
Erótico	18	10,1
Policial	12	6,7
Terror	11	6,2
C. Ficción	10	5,6
Karate	6	3,4
Dib. animados	4	2,2
Musical	4	2,2
Suspense	1	0,6
TOTAL	178	99,9

Fuente: Cinemateca Boliviana