

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL



TESIS DE GRADO

EFICACIA DE LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN CONTRA  
LA TUBERCULOSIS  
EN LA CIUDAD DE LA PAZ EN LA GESTIÓN 2010-2012  
Estudio de caso de la población asistente al Hospital de Clínicas

Postulante: Carola Viviana Fortún Cabrerizo  
Tutor: Dr. Antonio Vargas Ríos

La Paz, Bolivia  
2021



## **AGRADECIMIENTO**

A lo largo de este camino, en esta etapa que he recorrido, hermosa e intensa, digna de ser recordada por toda la enseñanza personal y profesional, fui acompañada y guiada por seres maravillosos a quienes quiero dar las gracias por ser quienes caminaron conmigo.

El mayor agradecimiento a mi amada hija, mi compañerita de la vida Mía Romina, eres mi motor y mi inspiración, gracias por hacer que quiera ser mejor mujer, profesional y madre.

## **DEDICATORIA**

A los amantes de la Comunicación, quienes conocen la importancia de nuestro campo de estudio, reconociendo su amplitud y responsabilidad en la mejora dentro de nuestra sociedad, logrando unir por un mundo mejor.

## **RESUMEN DEL PROYECTO**

La Comunicación Social es una de las áreas de análisis con mayor relación y relevancia dentro de la sociedad actualmente al ser copartícipe en las acciones que pueden aportar en la toma de decisiones, control de enfermedades, vinculación entre instituciones y grupos sociales, entre otros. Es por ello que un proceso de comunicación debe estar bien estructurado para ser efectivo y cumplir con los objetivos propuestos.

El presente documento es el resultado del análisis sobre las acciones llevadas a cabo (o únicamente planificadas) durante la gestión 2010 – 2012, como parte de las campañas de información contra la Tuberculosis, tomando como universo de estudio a la población que asistió al Hospital de Clínicas en este periodo. Para llevar a cabo el estudio se aplicó un enfoque de investigación mixto, considerando que no solo se plantea conocer datos sino entrar en las circunstancias, conocer la realidad, siendo esta una virtud de la comunicación. Como podrá observarse, la información que se obtuvo mediante el trabajo de campo se fue cruzando con lo teorizado por los grandes estudiosos de la comunicación, así también lo planificado por los responsables de la estrategia de comunicación Contra la Tuberculosis, con esto se planteó conocer los lineamientos, el contexto en el cual se desarrolla la estrategia y de acuerdo a los resultados, si es que las acciones planificadas se cumplieron o cual es la situación real de los efectos de estas campañas.

Es importante mencionar que para la elaboración del estudio se tomó en cuenta la situación específica de la población asistente al nosocomio, pero también el contexto en el cual se plantean las campañas, el impacto real que tiene esta enfermedad desde una perspectiva social, esto para tener claridad de la necesidad por erradicar este padecimiento, la

estructura que respalda la planificación de las estrategias y la implementación de las campañas.

En este sentido, se pudo identificar que las campañas, en este centro de salud, no tienen la eficacia planificada dado que la población no cuenta con la información necesaria, considerando principalmente que la estrategia de información no se cumple por desconocimiento del personal de salud respecto a las acciones comunicacionales que deberían llevarse a cabo.

Cabe mencionar que la inversión realizada en la elaboración de los productos de información es demasiado alta en relación a la eficacia que plantea la campaña que se llevó a cabo en el Hospital de Clínicas, tomando en cuenta que, si bien se presenta una disminución de casos de pacientes con la enfermedad, pero existe un crecimiento en el número de casos de abandono del tratamiento, mostrando una falencia por la falta de información.

En este sentido se recomienda un fortalecimiento de las campañas mediante una mayor capacitación e involucramiento al personal de salud del Hospital de Clínicas, dado que el éxito de la campaña está directamente ligado a las acciones que ellos realicen.

## **ABSTRACT**

Communications is one of the areas of analysis with the greatest relationship and relevance within society today, as it participates in the actions that can contribute to decision-making, disease control, links between institutions and social groups, among others. For this reason, a communication process must be well structured to be effective and meet the proposed objectives.

This document is the result of the analysis of the actions carried out (or planned) during the 2010-2012 period, as part of the information campaigns against Tuberculosis, taking as the universe of study the population that attended the "*Hospital de Clínicas*" in this interval. To carry out the study, a mixed research approach was applied, considering that it is not only proposed to know the data but to internalize aiming to understand the circumstances, to know the reality, this being a virtue of communications.

As it could be seen, the information obtained through fieldwork was crossed with what was theorized by the great scholars of communication. As well as what was planned by those responsible for the communication strategy Against Tuberculosis, with this, it was proposed to know the guidelines, the context in which the strategy is developed and according to the results, if the planned actions were fulfilled or which is the real impact of the effects of these campaigns.

It is important to mention that for the preparation of the study, not only the specific situation of the population attending the hospital was taken into account, but also, the context in which the campaigns are proposed. The real impact that this disease has from a social perspective, in order to have clarity of the need to eradicate this disease, the

structure that supports the planning of the strategies and the implementation of the campaigns.

In this sense, it was possible to identify that the campaigns in this health center do not have the planned effectiveness. General population does not have the necessary information to be able to eradicate this disease, considering mainly that the information strategy is not fulfilled due to lack of knowledge of the health personnel regarding the communication actions that must be carried out.

It should be mentioned that the investment made in the elaboration of the informative products is too high in relation to the effectiveness of the campaign that was carried out in the "*Hospital de Clínicas*". Taking this into account, although there is a decrease in the cases of patients with the disease, there is also a growth in the number of cases that abandon treatment, showing a deficiency generated by the lack of information.

In this sense, it is recommended to strengthen the campaigns through greater training and involvement of the health personnel of the "*Hospital de Clínicas*" given that the success of the campaign is directly linked to the actions they carry out.



## CONTENIDO

GLOSARIO .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	7
1.1 Antecedentes .....	7
1.2 Planteamiento del problema .....	8
1.3 Formulación de la Hipótesis.....	8
1.3.1 Variable Independiente .....	8
1.3.2 Variable Dependiente.....	8
1.4 Objetivos .....	8
1.4.1 Objetivo General. ....	8
1.4.2 Objetivos Específicos.....	9
CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL.....	10
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO .....	12
3.1 La Comunicación .....	12
3.1.1 Definición.....	12
3.1.2 Concepto.....	12
3.1.3 Historia de la comunicación.....	13
3.1.3.1 Teorías de la comunicación.....	16
3.1.4 Niveles de comunicación .....	18
3.1.5 Tipos de comunicación.....	18
3.1.6 Formas de comunicación.....	24
3.2 El Proceso de la Comunicación.....	24
3.2.1 Elementos del proceso de comunicación. ....	25
3.2.2 Barreras de la comunicación. ....	26
3.3 Modelos de Comunicación.....	27
3.3.1 Modelo de Harold Lasswell .....	27
3.3.2 Modelo de Carl Hovland .....	29
3.3.3 Comunicación Horizontal. ....	32
3.4 Comunicación para la Salud.....	37

3.5	Planificación en comunicación.....	40
3.5.1	Políticas de comunicación.....	43
3.5.2	Estrategias de comunicación.....	46
3.5.3	Plan de comunicación.....	51
3.6	Promoción de la Salud.....	53
3.6.1	Comunicación para la promoción de la Salud.....	55
3.6.2	Comunicación para el Cambio de Comportamiento .....	57
3.6.3	Información, Educación y Comunicación (IEC).....	59
3.7	Interculturalidad. ....	62
3.7.1	Interculturalidad y salud.....	63
3.7.2	Comunicación Intercultural.....	65
3.7.3	Productos para medios de comunicación masiva.....	66
3.7.4	Mini medios de comunicación .....	69
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA .....		71
4.1	Enfoque de investigación .....	71
4.2	Método de investigación. ....	71
4.3	Diseño de Investigación .....	72
4.4	Técnicas de Investigación .....	73
4.4.1	Recopilación Documental .....	73
4.4.2	Observación.....	73
4.4.3	Entrevista estructurada .....	73
CAPÍTULO 5. MARCO REFERENCIAL .....		75
4.5	Hospital de Clínicas. ....	75
4.5.1	Breve Historia del Hospital de Clínicas .....	75
4.5.2	Ubicación geográfica.....	76
4.5.3	Características actuales del Hospital de Clínicas .....	77
4.5.4	Organización del Hospital de Clínicas .....	77
4.6	Recursos Humanos.....	77
4.7	Recursos Económicos. ....	78
4.8	Características de los Usuarios y Pacientes.....	79
CAPÍTULO 6. MARCO NORMATIVO .....		81

CAPÍTULO 7. LA TUBERCULOSIS .....	84
7.1 La Tuberculosis .....	84
7.2 Historia de la Tuberculosis.....	85
7.3 Complicaciones.....	86
7.4 Prevención de la Tuberculosis.....	87
7.5 Modo de transmisión de la Tuberculosis.....	88
7.6 Tratamiento.....	89
7.7 Relevancia social de la Tuberculosis.....	90
7.8 Tuberculosis en Bolivia.....	91
7.8.1 Historia de la Tuberculosis en Bolivia.....	91
7.8.2 Situación actual de la enfermedad en Bolivia.....	93
7.8.3 Situación de la enfermedad en el Hospital de Clínicas.....	95
CAPÍTULO 8. PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS .....	97
8.1 Programa Nacional Contra la Tuberculosis .....	97
8.1.1 Recursos Humanos.....	98
8.1.2 Recursos Económicos .....	99
8.1.3 Estrategia de Comunicación.....	100
8.1.3.1 Primera Fase.....	100
8.1.3.2 Segunda Fase.....	104
8.1.3.3 Tercera Fase .....	107
8.1.3.3.1 Productos aplicados.....	108
CAPÍTULO 9. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS .....	109
9.1 Descripción de la Investigación .....	109
9.1.1 Revisión Bibliográfica.....	110
9.1.2 Trabajo de Campo .....	111
9.2 Diagnóstico de Situación.....	113
9.2.1 Análisis según el Paradigma de Harold Lasswell .....	114
9.2.2 Análisis según el Modelo de Carl Hovland.....	119
9.2.3 Análisis según el Segundo Modelo de Carl Hovland.....	122
9.2.4 Análisis según el Modelo de Comunicación Horizontal.....	123

9.2.5	Análisis de la realidad de la comunicación en la Lucha Contra la Tuberculosis.....	124
9.2.6	Análisis de las acciones de Comunicación en el Hospital de Clínicas.....	129
9.2.7	Resultados del Análisis Cuantitativo.....	130
	CONCLUSIONES .....	133
	RECOMENDACIONES.....	135
	ANEXOS .....	144
	Anexo 1 Organigrama Hospital de Clínicas .....	a
	Anexo 2 Mapa del Hospital de Clínicas .....	b
	Anexo 3 Marco Normativo.....	d
	Anexo 4 Organigrama Programa Nacional Contra la Tuberculosis .....	f
	Anexo 5 Entrevista 1.....	g
	Anexo 6 Entrevista 2.....	j
	Anexo 7 Entrevista 3.....	q
	Anexo 8 Entrevista 4.....	aa
	Anexo 9 Plan de Trabajo Comunicacional 2011 .....	hh
	Anexo 10 Proceso de Diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el Hospital de Clínicas vv	
	Anexo 11 Relaciones de dependencia del Programa Nacional Contra la Tuberculosis .	ww
	Anexo 12 Tabla de Pacientes por Grupos Etnicos en el Hospital de Clínicas.....	xx
	Anexo 13 Relación de Cumplimiento de la Estrategia de Comunicación (PNCT) en el Hospital de Clínicas .....	yy
	Anexo 14 Sistematización de información - Stand del Hospital de Clínicas en la Feria informativa Contra la Tuberculosis. Marzo, 2012.....	zz
	Anexo 15 Causas de Abandono de Tratamiento.....	aaa
	Anexo 16 Dossier Fotográfico.....	bbb
	Anexo 17 Productos Comunicacionales Aplicados para las Campañas Información de la Lucha Contra la Tuberculosis .....	ddd

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1.	Relación Comparativa de Instrumentos aplicados a la Planificación .....	42
Cuadro N° 2.	Condiciones Estructurales para lograr el Cambio de Comportamiento.....	56
Cuadro N° 3.	Funciones por Medio de Información, Educación y Comunicación.....	60
Cuadro N° 4.	Distribución de Recursos Humanos Hospital de Clínicas .....	78
Cuadro N° 5.	Explicación del Tratamiento Específico .....	89
Cuadro N° 6.	Recursos Humanos Programa Nacional Contra la Tuberculosis .....	99
Cuadro N° 7.	Desarrollo a partir del Paradigma de Harold Lasswell .....	118
Cuadro N° 8.	Relación de Creencia y Actitudes en el caso de la Salud .....	121
Cuadro N° 9.	Relación de Eficacia Programa Nacional Contra la Tuberculosis .....	131
Cuadro N° 10.	Relación de Eficacia de la Estrategia de Comunicación .....	132

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1.	Tipos de Comunicación .....	23
Gráfico N° 2.	El Proceso de Comunicación .....	26
Gráfico N° 3.	Modelo de Comunicación de Harold Lasswell.....	28
Gráfico N° 4.	Paradigma de Harold Lasswell .....	29
Gráfico N° 5.	Modelo De Carl Hovland 1 “Comunicación y Cambio de Actitud” .....	31
Gráfico N° 6.	Modelo de Carl Hovland 2 “Comunicación y Cambio de Actitud” .....	32
Gráfico N° 7.	Modelo de Comunicación Horizontal.....	36
Gráfico N° 8.	Tasa Incidencia Notificada De TB TSF, TBP BAAR (+) X 100.000 Hab. Bolivia, 2009 – 2011 .....	94
Gráfico N° 9.	Número de Casos TBP BAAR (+), TBP BAAR (-) Y Extrapulmonares, Bolivia 2009 – 2012 .....	94
Gráfico N° 10.	Análisis de Cohorte Casos Nuevos TBP BAAR (+) Notificados, Bolivia 2009 – 2011	95
Gráfico N° 11.	Casos con Tuberculosis en el Hospital de Clínicas (2010 - 2012).....	96

## **GLOSARIO**

ASPACONT:	Asociación de Pacientes con Tuberculosis
BAAR:	Bacilo Acido Alcohol Resistente
BAAR (+):	Bacilo Acido Alcohol Resistente Positivo
BAAR (-):	Bacilo Acido Alcohol Resistente Negativo
DOTS:	Estrategia de control de la Tuberculosis Internacionalmente recomendada, que incluye el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
MSD:	Ministerio de Salud y Deportes
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PNCT:	Programa Nacional de Control de Tuberculosis
RAFAS:	Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos
SEDES:	Servicio Departamental de Salud
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TB:	Tuberculosis
TB MDR:	Tuberculosis Multidrogo Resistente
TB TSF:	Tuberculosis en Todas sus Formas.
TBP:	Tuberculosis Pulmonar
TGN:	Tesoro General de la Nación
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana

**EFICACIA DE LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN CONTRA LA  
TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE LA PAZ EN LA GESTIÓN 2010 – 2012**

**Estudio de caso de la Población asistente al Hospital de Clínicas**

## **INTRODUCCIÓN**

La Tuberculosis es una enfermedad que a través de los años fue tomando mayor relevancia a nivel mundial debido a las causas y consecuencias, tanto sociales como económicas, que tiene para el paciente, reflejándose posteriormente en la sociedad; considerando que la desnutrición, el hacinamiento y el estrés son causas para que esta afección llegue a manifestarse.

Por otro lado, por sus características infectocontagiosas conlleva a consecuencias negativas para el paciente, que van más allá de la salud, afectando considerablemente su economía, a causa de la enfermedad se puede observar un deterioro ocasionado por el tratamiento, produciendo que los pacientes sean objeto de discriminación por parte de la sociedad, de acuerdo a lo afirmado por los representantes de la Asociación de Pacientes con Tuberculosis (ASPACONT) a nivel nacional y departamental.(Ver anexos N°4 y N°5)

La *Comunicación para la Salud* es la aplicación de herramientas comunicacionales con el fin de informar, educar y comunicar a la población acerca de diversos temas relacionados a las mejoras en la calidad de vida, para alcanzar este objetivo se plantea el desarrollo de políticas, planes y estrategias de comunicación que lleguen a la sociedad, promoviendo conductas adecuadas que generen adoptar un cambio de comportamiento, con actitudes saludables que permitan evitar enfermedades con características contagiosas que pueden ser prevenidas.

En este sentido, si vemos a la comunicación como un instrumento para la difusión de información para la prevención, el control y principalmente para la erradicación de

enfermedades, será más fácil comprender que el estudio tiene el objetivo de estudiar la eficacia que tienen las acciones desde el área de comunicación para la Lucha Contra la Tuberculosis, considerando la trascendencia social de la enfermedad.

Así también, es importante mencionar que la Tuberculosis, a pesar de ser una enfermedad común pero actualmente es una enfermedad desconocida por la población, a causa de la poca difusión a comparación de otras afecciones, que por sus connotaciones sociales tienen mayor impacto, por ejemplo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Por otro lado, los costos de la lucha para erradicar la enfermedad, tanto para el gobierno como para otras instituciones, son altos y es necesario evaluar si las acciones que se toman son las adecuadas.

Es importante aclarar que si bien los estudios relacionados a las enfermedades deben ser analizados desde una perspectiva de áreas médicas, sin embargo, por la relevancia social, las causas y consecuencias de la enfermedad en la sociedad y para los individuos, es donde se abre la oportunidad de analizar este tema desde otras áreas, buscando profundizar las acciones requeridas para la prevención, mediante la promoción de la salud, es en este punto donde interviene la comunicación, como medio para llegar de manera adecuada, organizando la difusión de mensajes apropiados con el fin de informar sobre las causas, consecuencias y sobretodo la forma de prevenir enfermedades.

Ingresando al contenido de la tesis, se identifica a Luis Ramiro Beltrán<sup>1</sup> como uno de los teóricos nacionales con mayores aportes en los estudios relacionados a los procesos de comunicación vinculados con la salud, los cuales fueron validados, por este motivo se

---

<sup>1</sup>Dr. Luis Ramiro Beltrán, Nacido en 1930 en Oruro - Bolivia, especialista en comunicación para el desarrollo y periodista. Doctorado por la universidad del Estado de Michigan, EEUU, es internacionalmente conocido en el campo de la Comunicación Social desde los años 70 como crítico del estado de la comunicación en América Latina. El autor, de trayectoria polifacética, es una figura destacada por sus múltiples aportes al Periodismo, la Comunicación de masas, la Comunicación para el desarrollo, el cine documental y la teoría de la comunicación,



tomaron sus estudios como fuente bibliográfica principal, identificando sus planteamientos como base fundamental para el presente estudio. Si bien se revisó el análisis teórico planteado por otros autores, se determinó aplicar la teoría desarrollada por Luis Ramiro Beltrán debido a su conocimiento sobre la situación del país.

Así también, es prioritario mencionar que, con fines del presente estudio se tomó a la comunicación como un proceso, considerando que es el “conjunto de actividades o eventos que se realizan o suceden con un fin determinado, siendo un conjunto de fases sucesivas que tienen el objetivo de ir hacia un punto en un tiempo determinado”<sup>2</sup>. Bajo este entendido, indicar que la comunicación se maneja como un camino donde el mensaje se transmite, llegando a su finalidad o a su meta, en este punto genera una nueva acción o respuesta.

Por otro lado, se revisaron y compilaron las leyes y normas bajo las cuales se ampara la Lucha Contra la Tuberculosis, al conocerlas se desarrolló el Marco Normativo, con el cual se verificó el alcance de las políticas de salud que establecen los parámetros bajo los cuales se realizan las acciones para la prevención y promoción de manera adecuada, y también hacer un manejo de las herramientas involucradas en estos procesos.

Se determinó realizar el estudio en el Hospital de Clínicas por ser un Centro de Salud de Tercer Nivel<sup>3</sup> en la ciudad de La Paz, que alberga a pacientes con diversas características socioeconómicas, culturales, para el estudio se identificó la forma por la cual se brinda información y se da cumplimiento a las acciones comunicacionales, de acuerdo a lo estipulado por el Programa Nacional Contra la Tuberculosis (PNCT).

Durante el desarrollo del estudio se pudo identificar que la diversidad cultural es uno de los factores con mayor relevancia, considerando que las campañas de comunicación, en este caso

---

<sup>2</sup> REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 22º Ed. España: REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2001 Tomo 7

<sup>3</sup> La explicación de las características de Centro de Salud de Tercer Nivel se la realiza en el Marco Referencial de la presente tesis.

las relacionadas a la Lucha Contra la Tuberculosis, deben tomar en cuenta el entorno cultural del público al cual se pretende informar, por lo cual se evaluó si quienes elaboran las campañas y los informantes o los responsables de la transmisión de la información (médicos, enfermeras, licenciadas y personal en general del hospital) tienen lineamientos para poder comunicar e informar tomando en cuenta este aspecto, lo mismo con el desarrollo de los productos comunicacionales.

Las gestiones seleccionadas para el estudio fueron de 2010 a 2012 (2 años), considerando este tiempo como un parámetro apropiado para medir la eficacia de las campañas en la población, es importante mencionar que durante la elaboración de la tesis se modificó el Plan de Comunicación (Ver Anexo N° 9) del PNCT, se revisó éste cambio para poder analizar si el nuevo Plan aporta a la erradicación de la enfermedad, si los medios y herramientas planteados tienen mayor eficacia que los aplicados en los anteriores planes y si el impacto es mayor en la población.

El enfoque con el que se realizó el análisis de la eficacia<sup>4</sup> de las campañas es mixto, con la aplicación de dos metodologías, la primera es cuantitativa, mediante la relación costo-beneficio obteniéndose un resultado cuantificable, que permita conocer la cantidad de pacientes que llegaron al final del tratamiento frente al costo de la campaña global y el monto destinado específicamente al Plan de Comunicación, para este análisis se utilizó el monto asignado por el Tesoro General de la Nación (TGN), por ser la inversión país para la erradicación de la Tuberculosis, es importante mencionar que se realiza el análisis con los pacientes que llegan a término del tratamiento, debido a que sólo en esta instancia que se

---

<sup>4</sup> Se planteó inicialmente el análisis de los efectos de las campañas de información contra la tuberculosis, pero para poder cuantificar dichos efectos y considerando la amplitud que se pueden encontrar en la búsqueda de efectos, se determinó revisar la eficacia de dichas campañas, revisándose algunas teorías que analizan los efectos que son consideradas como adecuadas para el presente documento.

puede plantear que las acciones de información fueron las adecuadas y se dio cumplimiento a lo estipulado en el Plan.

Por otro lado, se realizó el análisis cualitativo con el diagnóstico respecto al cumplimiento del Plan de Comunicación, identificando puntos centrales que aporten a conocer si este es el adecuado para la realidad de la enfermedad en el país y si se cumplen con las acciones, los productos comunicacionales y de información, con énfasis en la relación médico-paciente y se aplican de forma adecuada con los medios planificados. También se comparó el trabajo de comunicación planificado por el Programa Nacional Contra la Tuberculosis y el cumplimiento en la Unidad de Infectología, responsable del control de la enfermedad en el Hospital de Clínicas. Para ello, se revisó el proceso de diagnóstico, tratamiento y alta que se lleva a cabo en el nosocomio.

## **CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 Antecedentes**

La presencia de Tuberculosis en el mundo es tan antigua como la humanidad, según el Dr. Raúl Torrico<sup>5</sup> existen pruebas paleopatológicas de Tuberculosis Vertebral en momias egipcias, que datan de 2400 A.C., motivo por el cual no se puede especular sobre el origen del primer caso de Tuberculosis. Lo que si se conoce es la gran capacidad de transmisión y contagio, siendo esta una causa para que se la considere una enfermedad de tipo social de mayor impacto. El desconocimiento por parte de la sociedad; ocasiona niveles considerables de contagio y muy altos niveles de discriminación a los pacientes.

En nuestro país la Tuberculosis tiene un gran impacto, por ello es necesaria la intervención gubernamental para poder erradicar la enfermedad, los estudios muestran el inicio de las acciones a partir de 1920.

En 1962, se creó el Programa Nacional Contra la Tuberculosis, mismo que a la fecha se encarga de las acciones para controlar y erradicar la enfermedad, las acciones que se desarrollan están las ligadas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevención es el primer paso para la erradicación de enfermedades, en lo cual el papel de la comunicación tiene la primera aparición dentro del marco de la *Comunicación para la Salud*.

En 2008, se publicó el “Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008-2015”, donde se establecen los parámetros médicos de control de la enfermedad y las líneas de acción del área de comunicación, siendo el Encargado de Comunicación Social del PNCT quien debe planificar y ejecutar estas acciones. A partir de este momento se da inicio a las

---

<sup>5</sup> TORRICO, Raúl. “Breve Recuerdo Histórico de la Tuberculosis”, La Paz – Bolivia; En Revista Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina; Volumen 10 N°1 – 2 enero – Diciembre, 2004

acciones enmarcadas como parte del Plan de Trabajo del PNCT, en el cual se reconoce la importancia de las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) para alcanzar cambios de comportamiento que aporten al control de la enfermedad.

## **1.2 Planteamiento del problema**

¿Cuál es la eficacia que tienen las campañas informativas de concientización de medidas preventivas, de detección temprana y término de tratamiento del “Programa Nacional Contra la Tuberculosis” en los usuarios y pacientes del Hospital de Clínicas en la gestión 2010-2012?

## **1.3 Formulación de la Hipótesis**

Las campañas informativas de Lucha Contra la Tuberculosis en el Hospital de Clínicas, no tienen la eficacia planteada por el Programa Nacional Contra la Tuberculosis, muestra de ello es que los pacientes y usuarios no cuentan con la información adecuada, motivo por el cual desconocen los métodos de prevención, detección y la importancia del término de tratamiento.

### **1.3.1 Variable Independiente**

La eficacia de las campañas de información contra la Tuberculosis.

### **1.3.2 Variable Dependiente**

- La información preventiva.
- Los casos detectados y los casos de abandono de tratamiento.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General.**

Conocer la eficacia de las campañas de información de Lucha Contra la Tuberculosis en los usuarios y pacientes del Hospital de Clínicas.

#### **1.4.2 Objetivos Específicos.**

- Determinar el nivel de información que tienen los usuarios y los pacientes del Hospital de Clínicas sobre la Tuberculosis, mediante el análisis de la relación de pacientes que culminan el tratamiento y el costo de las campañas de información.
- Analizar los mensajes elaborados y los medios utilizados en la campaña Contra la Tuberculosis.
- Investigar la relación que existe entre quienes están encargados de informar y la población durante la realización de la campaña.
- Conocer el costo de la campaña de información.

## CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL

- a) **Gestalt:** Conjunto sistémico superior a sus partes, las que están estrechas y funcionalmente entrelazadas.
- b) **Tasa de Morbilidad:** El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.
- c) **Tasa de Mortalidad:** La tasa de mortalidad comúnmente tomada por los estudios estadísticos es la que establece el número de muertes por cada mil habitantes dentro de una población más o menos determinada. Usualmente, este porcentaje es el resultado de los estudios realizados u observados a lo largo de un año. De acuerdo a los parámetros que se elaboran para conocer la tasa de mortalidad de una población, se consideraría una tasa de mortalidad alta a aquella que es superior al 30% de esa población, mientras que mortalidad mediana será la que se ubique entre el 15 y el 30% del número total de la población. Finalmente, una tasa de mortalidad baja es siempre la inferior al 15%.
- d) **Salud:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, el concepto de salud trasciende a la ausencia de enfermedades y afecciones. En otras palabras, la salud puede ser definida como el nivel de eficacia funcional y metabólica de un organismo a nivel micro (celular) y macro (social). El estilo de vida, o sea el conjunto de comportamientos que desarrolla una persona, puede ser beneficioso o nocivo para la

salud. Por ejemplo, un individuo que mantiene una alimentación equilibrada y que realiza actividades físicas en forma cotidiana tiene mayores probabilidades de gozar de buena salud. Por el contrario, una persona que come y bebe en exceso, que descansa mal y que fuma, corre serios riesgos de sufrir enfermedades evitables.

En grandes rasgos, la salud puede dividirse en salud física y salud mental, aunque en realidad son dos aspectos interrelacionados. Para el cuidado de la salud física, se recomienda la realización frecuente y regular de ejercicios, y una dieta equilibrada y saludable, con variedad de nutrientes y proteínas.

- e) **Paciente:** Enfermo que sigue un tratamiento respecto al médico. P. ext., Quien es o va a ser reconocido médicamente. El paciente es aquel que pasa por un proceso que comienza con los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y el resultado del mismo. Es aquel que por su condición requiere de cuidados generales o cuidados especiales.
- f) **Eficacia:** La eficacia según el diccionario de la Real Academia Española se define como “La capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera”<sup>6</sup>, Luis Ramiro Beltrán, define la eficacia como la acción racional para medir los resultados esperados mediante la relación entre el costo y los beneficios medidos por los resultados obtenidos.

$$\text{EFICACIA} = \frac{\text{COSTO}}{\text{BENEFICIO}}$$

En el caso de la medición de la eficacia de las campañas Contra la Tuberculosis, el costo se refiere al costo total de la campaña, en torno a todos los productos con los que se desarrollan las mismas, y el beneficio es la cantidad de pacientes que ya terminaron el tratamiento de forma satisfactoria.

---

<sup>6</sup> REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 22º Ed. España: REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2001 Tomo 3



## **CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1 La Comunicación**

#### **3.1.1 Definición**

Etimológicamente la palabra comunicación proviene del latín *comunnis* que significa "común". De allí que comunicar es el acto de transmitir ideas y pensamientos con el objetivo de ponerlos "en común" con otros. Alejandro Grimson define la comunicación como: comunicar es poner en común<sup>7</sup>, es hacer común una idea, un pensamiento. Esto supone la utilización de un código compartido para que la idea planteada pueda ser comprendida por quien recibe el mensaje.

Así también, la palabra Comunicación proviene de la voz *Comunicare*, que es dar a conocer algo, por esto se entiende que es el proceso de interacción, a través del cual se da a conocer una idea, un pensamiento, un sentimiento, socializado mediante un mensaje, debe utilizar códigos que sean de comprensión tanto para quien emite el mensaje como para quien lo recibe, esto para un proceso de comunicación eficaz.

#### **3.1.2 Concepto**

Para la definición del concepto de comunicación se debe considerar que a través del tiempo se fueron desarrollando distintos conceptos en función al enfoque con el que se realizaron. Tomándose a la comunicación como un acto natural de interacción de sus integrantes, mediante el cual se intercambian emociones, sensaciones, pensamientos transmitidos mediante mensajes que deben contener códigos que sean comprendidos por todos los implicados en esta acción.

---

<sup>7</sup> GRIMSON, Alejandro. Interculturalidad y comunicación, Ed. Norma, Bogotá, 2001, Pág. 16

Considerando la variedad de conceptos y, según el contexto de la presente tesis, se tomará el concepto de Luis Ramiro Beltrán “La comunicación es el proceso de interacción social democrática que se basa sobre el intercambio de símbolos por los cuales los seres humanos comparten voluntariamente sus experiencias bajo condiciones de acceso libre e igualitario, diálogo y participación”.<sup>8</sup>

Manuel Martín Algarra (2003)<sup>9</sup>, señala las características de la comunicación:

- a) Humana: Con exclusividad del ser humano, pues existen formas de comunicación en otras especies, pero sólo él logra una comunicación en total libertad, además de la perspectiva simbólica que le da el hombre.
- b) Social: Orientada a convencer a alguien distinto a uno mismo.
- c) Referencial: Pretende compartir una realidad con alguien.
- d) Compleja: Resultando de un proceso complejo donde el ser humano maneja mensajes y crea significados.

### **3.1.3 Historia de la comunicación**

La comunicación, al ser un acto natural de los seres vivos está presente en todos los momentos de la historia de la humanidad, gracias a soportes comunicacionales se pudo conocer el desarrollo del hombre en las distintas etapas de su evolución. Es así que al tiempo de estudiar la comunicación se fue conociendo su historia que, como se dijo, aparece por la necesidad del hombre para poder expresarse, valiéndose de herramientas que fue creando. Comenzando con el estudio de la historia de la comunicación se puede observar los primeros hitos en la prehistoria, mismos que fueron divididos en cinco etapas<sup>10</sup>:

---

<sup>8</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Un Adiós a Aristóteles”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 1979; Pág. 30

<sup>9</sup> ALGARRA, Manuel M. “Teoría de la comunicación: una propuesta” Ed. Tecno. 2003. Pág.56

<sup>10</sup> BORDERÍA, O. Enric; LAGUNA, P. Antonio; MARTINEZ, g. Francesc. “Historia de la Comunicación Social. Voces Registros y Conciencias” España: Editorial Síntesis, 1998; Pág. 20

- a) Fase inicial u oral: en la primera fase se transmiten las ideas con el lenguaje hablado con el desarrollo de las cuerdas vocales y la motricidad (Gruñidos), así también se apoyaban con gestos y con herramientas que encontraban en la naturaleza.
- b) Fase Mnemónica: denominada así por la búsqueda de la conservación mediante la conservación de la memoria con objetos, donde se plasmaban distintas etapas de los procesos por los que se desarrollaba la comunicación. Muros de las cuevas, piedras planas, etc. Esta etapa fue trascendiendo, aportando muestras de cada etapa de la evolución del ser humano. Actualmente el uso de estos soportes sigue siendo común, reflejándose situaciones con soportes para la memoria. Es muy importante tomar en cuenta que muchos de los objetos son apoyados con memorias orales.
- c) Fase Pictórica o icónica: representación de objetos mediante pinturas y dibujos. En esta etapa están incluidos las primeras muestras de escritura, como ser jeroglíficos y objetos de alfarería sencilla.
- d) Simbólica o Ideográficas: denominada así por reflejar en gráficas las ideas, los signos son las ideas reflejadas con dibujos, los signos más representativos de esta fase son los jeroglíficos. De esta fase se puede tomar como aprendizaje para las señales de tránsito, los logos de ciertas empresas y la escritura musical.
- e) Fase alfabética, a medida que iba evolucionando la humanidad la necesidad de clasificación y segmentación de signos da lugar a la creación de los signos alfabéticos tomados como unidades mínimas, con significación individual pero que requiere de unión con otros signos para tener un significado real. La escritura alfanumérica es uno de los primeros aportes comunicacionales de trascendencia a la tecnología actual.

Con el paso del tiempo y la evolución del hombre se fueron desarrollando distintas herramientas de acuerdo a sus necesidades, así aparecieron en la edad antigua los papiros, los

pergaminos, los manuscritos y los edictos, estos entre los soportes escritos y para la comunicación oral se desarrollaba a través de la oratoria, acerca de este medio Aristóteles da el primer gran aporte al estudio de la comunicación.

En la antigüedad aparecieron los primeros emisarios de la comunicación, eran quienes portaban información oficial y comercial, se desarrollaron en escenarios como ser los coliseos, teatros, mercados, calles, cafés, foros y en el Parlamento.

Según Manuel Vázquez Montalbán (1997)<sup>11</sup>, en la época medieval la comunicación se desarrolla básicamente con soportes orales con pregoneros, peregrinos, juglares, trovadores, vagantes, la mayoría de ellos eran portadores de tradiciones orales que iban de pueblo en pueblo transmitiendo ideas, pensamientos y sentimientos mediante cantos y poesía, aunque también estaban los mercaderes que visitaban los pueblos con la idea de ofertar sus productos. Los soportes comunicacionales escritos eran similares a los de la época antigua con la vitela y el pergamino de los que se desarrollaron los primeros libros doblados y cocidos en los primeros pasos de la encuadernación, un avance exclusivo de los monjes de la iglesia. El papel fue inventado en el año 104 a. C. por Tsu Ai Lun en China, el invento llegó a Europa en el siglo XII y XIII lo cual fue un impulso a los manuscritos. Antes de la aparición de la imprenta en el siglo XV, la aristocracia usaba la xilografía para la reproducción de mensajes en serie, procedimiento desarrollado en planchas de madera. Ya en la era moderna se vieron grandes aportes en la comunicación escrita con la invención de la imprenta, apoyando al crecimiento de la comunicación como herramienta para la transmisión en masa de ideas. La aparición de la imprenta aportó con soportes como carteles, calendarios informativos, volantes y las primeras noticias impresas.

---

<sup>11</sup> VÁZQUEZ, M. Manuel. "Historia y comunicación social" Barcelona – España; Editorial Nuevo Instrumentos Universitarios, 1997

Mediante el desarrollo de los soportes comunicacionales se puede ir conociendo el desarrollo del ser humano, pasando a nuestra época tenemos el desarrollo de las telecomunicaciones, comenzando con la invención de la radio, la televisión, el cine que sirvieron y aún cumplen con la función de entretener, educar e informar. Con la aparición del internet se tiene la posibilidad de unificar al mundo con la transmisión de información de manera inmediata, llegando a crear una aldea global capaz de conocer las noticias del mundo con tan sólo ingresar en la red. Estos medios de comunicación masiva también aportan al crecimiento, a poder informar a la sociedad contribuyendo con conocimientos en distintas áreas, informando a la sociedad acerca de asuntos de interés público, como ser la prevención de enfermedades.

### **3.1.3.1 Teorías de la comunicación.**

El estudio de la comunicación sirvió para el desarrollo de diversas teorías que aportaron al entendimiento de este proceso, es así que distintos autores dieron bases para poder explicar los elementos, las necesidades y las barreras de la comunicación, entre otros.

Se pueden encontrar los primeros escritos sobre comunicación en “La Retórica”, libro de Aristóteles donde refiere a la comunicación como un medio de persuasión, con la utilización de distintos recursos que utiliza el orador en el discurso para obtener una actitud en la persona que lo escucha.

Los primeros estudios del proceso de comunicación fueron desarrollados por profesionales de otras áreas, como ser ingenieros, matemáticos, psicólogos, entre otros; los cuales hicieron grandes aportes al momento de especificar los elementos y las funciones que estos desarrollan dentro del proceso, pero cada quien aportaba desde el punto de vista de su área de investigación. En los estudios más importantes se identificaron los componentes y características que deben contemplarse para cada elemento del proceso.

En contradicción con lo expuesto por Aristóteles en “La Retórica” y por otros autores, se puede decir que el discurso del orador puede causar un efecto en la audiencia y esta no sólo escuchará, sino tomará una decisión o una posición sobre la información recibida.

Desde la aparición del hombre en la tierra se tienen rastros de la necesidad de comunicación, por ello que a medida que pasó el tiempo fue desarrollando técnicas para hacerse entender con su entorno. Actualmente, viviendo en sociedades complejas, el hombre necesita lograr una comunicación eficaz y efectiva, pues al ser seres sociales vivimos rodeados de ese proceso.

Siendo un proceso completamente natural, pues el hombre por naturaleza es comunicativo y no necesita esforzarse para lograr expresarse mediante distintos medios, al mismo tiempo se cruza con distintas barreras que evitan que la comunicación sea completamente eficaz, estas barreras, en muchos casos sin ser percibidas, perjudican de forma tal que el mensaje no llega al receptor correctamente.

De acuerdo a David K. Berlo, dentro del proceso de comunicación humana debe existir necesariamente una fuente, una persona o grupo de personas con un objetivo y una razón para ponerse en comunicación que incluye el destino o receptor.<sup>12</sup>

A pesar de no existir una teoría oficial que pueda describir lo que es la comunicación, con el paso del tiempo se fueron desarrollando distintas teorías que aportarían al conocimiento del proceso y de los elementos contenidos en este. Los estudios fueron guiados por el enfoque de las escuelas a las que pertenecían quienes realizaban las investigaciones. Según Ernesto Galeano (1997)<sup>13</sup>, la investigación de la comunicación comienza con el estudio de la comunicación de masas después de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), con el modelo

---

<sup>12</sup>BERLO, David. “” *El proceso de la comunicación: introducción a la teoría y práctica*”. 3ra ed. Argentina: Librería Editorial El Ateneo, 2004. Pág. 18

<sup>13</sup>GALEANO, Ernesto. “*Modelos de Comunicación*”. Buenos Aires – Argentina; Editorial Macchi, 1997

de la Aguja Hipodérmica, modelos que describían las respuestas a los estímulos, esto sobretodo en la escuela funcionalista Norteamericana, la escuela de Frankfurt cuentan con un enfoque crítico y la escuela latinoamericana con un enfoque dirigido a la comunicación para el desarrollo.

#### **3.1.4 Niveles de comunicación**

La comunicación tiene una clasificación según el tamaño de la audiencia a la que se dirige la fuente, esto modifica la forma en que se efectúa, según McQuail (2000)<sup>14</sup> los niveles de comunicación son:

- a) Comunicación Intrapersonal, es aquella que lleva a cabo un individuo, también llamada meta comunicación.
- b) Comunicación Interpersonal, se lleva a cabo entre dos personas, normalmente es inmediata.
- c) Comunicación Grupal, se desarrolla entre grupos de más de 3 personas, en muchos casos por la cantidad de personas que integran el grupo no se puede efectuar de forma correcta el proceso de comunicación. También se da en grandes grupos, pero se diferencia de la comunicación masiva porque existe retroalimentación.
- d) Comunicación Masiva, son grupos más grandes, en la mayoría de los casos no existe una retroalimentación, pues la respuesta de los perceptores no llega al emisor; un ejemplo son los medios de comunicación, en algunas situaciones el público responde a pesar de que esta no sea una respuesta inmediata.

#### **3.1.5 Tipos de comunicación**

Los tipos de comunicación se dividen en verbal y no verbal, según como se desarrolle<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> MCQUAIL, Dennis. "Introducción a la teoría de la comunicación de masas". 3º Ed. Barcelona – España; Editorial Paídos, 2000

<sup>15</sup> [http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion\\_BIC%20Galicia.pdf](http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion_BIC%20Galicia.pdf) (Visitada en Enero de 2012)

- a) Verbal, se produce de forma oral o escrita, está basada en el diálogo, la conversación; se la considera más simple para su comprensión, está enmarcada en los significados lingüísticos y paralingüísticos influyendo la entonación, las pausas y la puntuación. Se debe también tomar en cuenta las palabras que se utilizan, el modo en el que se las emplean y contemplar los diversos significados que puedan tener considerando al receptor y su contexto.<sup>16</sup>
- b) No Verbal, es aquella que merece mayor interpretación, suele acompañar a la verbal en su desarrollo y se destacan aspectos sensoriales,<sup>17</sup> pues contempla todos aquellos que no están expresados en las palabras, son aspectos innatos, imitativos y aprendidos, que en algunas situaciones son susceptibles a controlarse según la programación que pueda alcanzar el individuo, “*La comunicación no verbal desempeña diversas e importantes funciones en el comportamiento social del hombre.*”<sup>18</sup> Dentro de la comunicación no verbal se contemplan distintos aspectos como son:<sup>19</sup>
- Aspectos Kinésicos, es el lenguaje corporal que se presenta en el proceso de comunicación, éste puede afectar según la postura adoptada, induciendo según la lectura que realicen los interlocutores a los roles que adoptaran durante el proceso, se pueden obtener condiciones dominantes y sometidas, esto dependiendo de la postura, la mirada, los gestos y actitudes con las que se presenten en el momento de comunicarse, estas pueden ser afectadas por roles sociales, laborales, de poder o por características personales, los aspectos kinésicos son:

---

<sup>16</sup> VERDERBER, Rudolph; VERDERBER, Kathleen. “*¡Comunícate!*” 11° ed. México: Internacional Thompson Editores, 2006. p. 48.

<sup>17</sup> [http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion\\_BIC%20Galicia.pdf](http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion_BIC%20Galicia.pdf) (Visitada en Enero de 2012)

<sup>18</sup> RICCI Pío, ZANI Bruna. “La comunicación como proceso social”. 1ra ed. México – Distrito Federal: Editorial Grijalbo, 1983. Pág. 137

<sup>19</sup> ESTERMAN, Joseph. “*Interculturalidad. Vivir la diversidad*”. Editorial ISEAT, 2010. Pág. 55.



- Movimientos corporales, la postura que se adopta dentro del proceso de comunicación. Se pueden considerar cuatro actitudes corporales,
  - Acercamiento, que demuestra atención debido a que el cuerpo adopta una postura hacia adelante;
  - Retirada, es una postura de rechazo que se da con retroceso del cuerpo;
  - Expansión, denota una actitud arrogante o de desprecio reflejada en la expansión del pecho, el tronco recto o inclinado hacia atrás, la cabeza erguida y los hombros elevados y;
  - Actitud de contracción, con postura cabizbaja o de abatimiento caracterizado por el tronco inclinado hacia delante, la cabeza hundida, los hombros que cuelgan y el pecho hundido.
- Gestuales, aquellos gestos, muecas y miradas que se presentan.
- Neurovegetativos como ser la coloración y actitudes relacionadas con muestras de nervios.
- Aspectos Táctiles, son señales transmitidas a través del contacto de la piel, como ser vibraciones que se sienten a distancias cortas, se representan cuando existe una relación más cercana mediante el tacto. *“El tacto activo de tocar es fundamentalmente diverso de la experiencia de ser tocado; en el tacto activo predomina la dimensión explorativa, en el pasivo predomina la recepción de las señales procedentes de un agente externo”*<sup>20</sup>.
- Aspectos Proxémicos, es el espacio próximo y es la inclusión en el espacio personal del interlocutor, *“La proxémica es el estudio de todos aquellos aspectos de la*

---

<sup>20</sup> RICCI Pío, ZANI Bruna. “La comunicación como proceso social”. 1ra ed. México – Distrito Federal: editorial Grijalbo, 1983. p. 139.

*comunicación no verbal que se refieren a la distancia o proximidad física que existe entre las personas que están manteniendo una comunicación”* <sup>21</sup>, se pueden identificar tres tipos de espacios:

- Espacio fijo: Está marcado por estructuras inamovibles. Son barreras que se consideran físicas entre los interlocutores.
- Espacio semifijo: Es el espacio alrededor del cuerpo. Es el tipo de espacio que posee obstáculos posibles de mover o que se mueven.
- Espacio personal o informal: Espacio alrededor del cuerpo. Varía en función de las culturas, ya que cada cultura estructura su espacio físico. Este espacio puede ser invadido. Si se utiliza un territorio ajeno con falta de respeto (mirar fijamente a alguien u ocupar dos asientos con bolsas cuando hay gente de pie) se da una violación del terreno.

También se pueden encontrar cuatro tipos de distancias en las relaciones humanas:

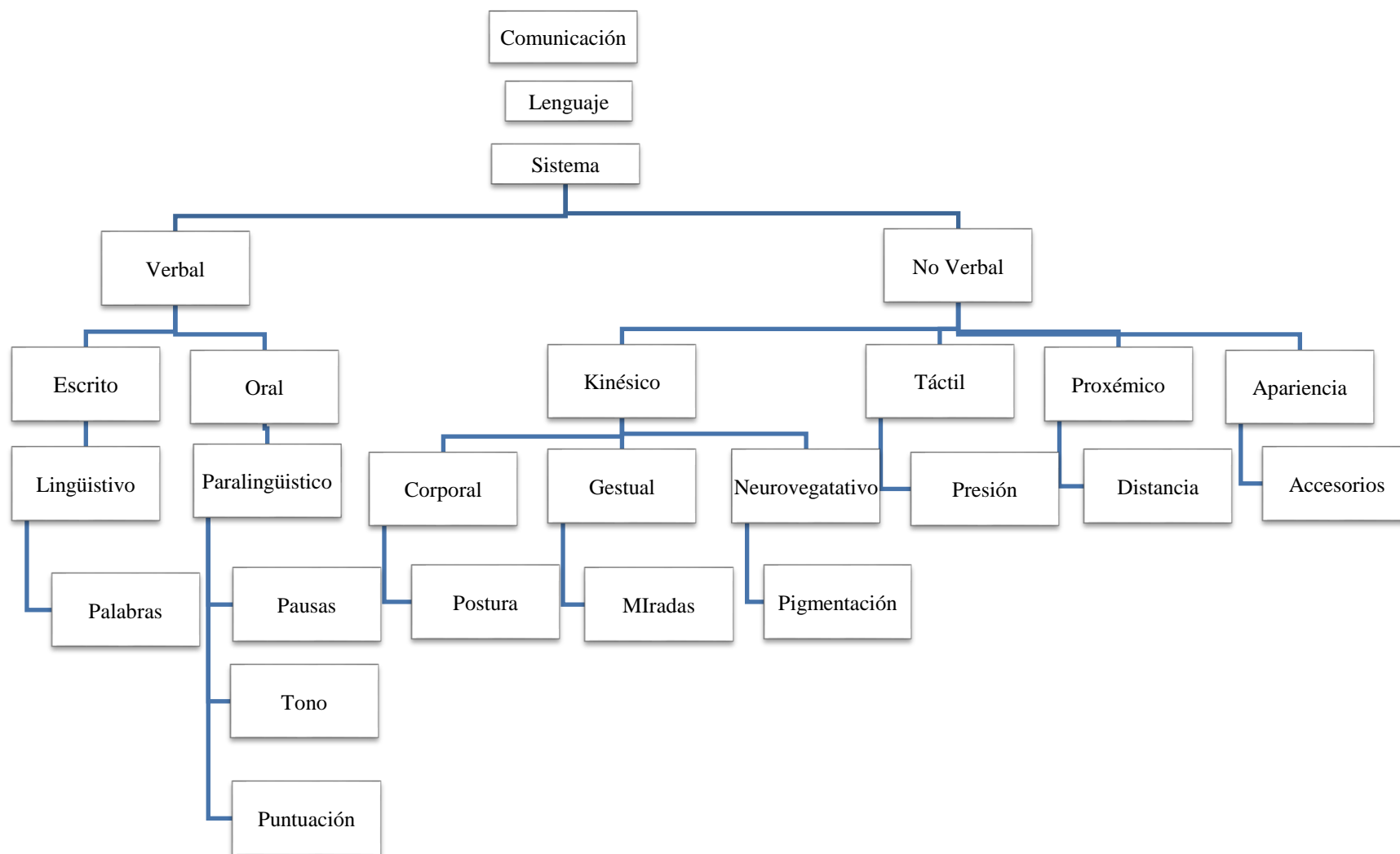
- Intima: es la distancia que se da entre 15 y 45 centímetros. Para que se de esta cercanía, las personas deben tener mucha confianza, pues la comunicación se realizará a través de la mirada, el tacto y el sonido. Esta distancia es para conocidos o en su caso para personas como el médico, personas a las que se deja acercar por el propio bien.
- Distancia personal: se da entre 46 y 120 centímetros (1,5 - 4 pies). Esta distancia se da en la oficina, reuniones, asambleas, fiestas, conversaciones amistosas o de trabajo. Si estiramos el brazo, llegamos a tocar la persona con la que estamos manteniendo la conversación.

---

<sup>21</sup> ELLIS, Richard. McCLINTOCK, Ann. “Teoría y práctica de la comunicación humana”. 1º ed. Barcelona – España: editorial Paidós, 1993. pág. 71.

- Distancia social: se da entre 120 y 360 centímetros. Es la distancia que nos separa de los extraños. Se utiliza con las personas con quienes no tenemos ninguna relación amistosa, la gente que no se conoce bien. Por ejemplo: la dependiente de un comercio, el albañil, los proveedores, los nuevos empleados, etc.
- Distancia pública: se da a más de 360 centímetros y no tiene límite. Es la distancia idónea para dirigirse a un grupo de personas. El tono de voz es alto y esta distancia es la que se utiliza en las conferencias, coloquios o charlas.

**Gráfico N° 1. Tipos de Comunicación**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de DUES, Michael. BURGOON, Michael (1997)

### **3.1.6 Formas de comunicación**

En base a los tipos de comunicación, se puede explicar las distintas formas por las que se lleva a cabo el proceso, puede desarrollarse de distintas maneras considerando el medio o canal por el que se lleva a cabo.

- a) Oral, como dice su nombre se da de forma oral, son los sentimientos y pensamientos expresados mediante la voz.
- b) Escrita, es aquella representada por medios escritos.
- c) Gestual, son aquellos gestos que realizamos, mediante muecas en el rostro, es importante dentro del proceso de comunicación.
- d) Corporal, es la actitud que se muestra con el cuerpo porque puede provocar un efecto en el perceptor.
- e) Pictográfica, es el lenguaje utilizado mediante el arte gráfico, mediante ellos representan emociones y sentimientos, sin tener que usar palabras. También se puede ver en los niños, quienes usan los dibujos para poder expresar lo que sienten.

### **3.2 El Proceso de la Comunicación.**

La comunicación es una acción por la cual se transmiten pensamientos, ideas y sentimientos. Esta acción se realiza mediante un proceso<sup>22</sup>, el cual fue estudiado e identificando sus elementos, aportando en cada estudio con nuevos elementos al interior del proceso. Comenzando por el aporte de Aristóteles, donde identificaba como principales elementos al emisor, al mensaje y al receptor, se fueron incluyendo elementos según el enfoque con el que se realizaba cada estudio, así fueron identificando elementos como ser: el ruido, el contexto,

---

<sup>22</sup> Proceso, algo que carece de principio, de fin o de una secuela fija de acontecimientos; que no es estático, no descansa; que se halla en movimiento. Los componentes de un proceso “interaccionan”, es decir, cada uno de ellos influye sobre los demás. (BERLO; 2004; pág. 18)

el código, el canal y la retroalimentación. A pesar de ser conceptualizados en distintos estudios, con el paso del tiempo se constituyeron como la estructura del proceso.

### **3.2.1 Elementos del proceso de comunicación.<sup>23</sup>**

Dentro del estudio de la comunicación se encuentran los elementos del proceso, según diversos estudios podemos identificar los elementos básicos de la comunicación, que son:

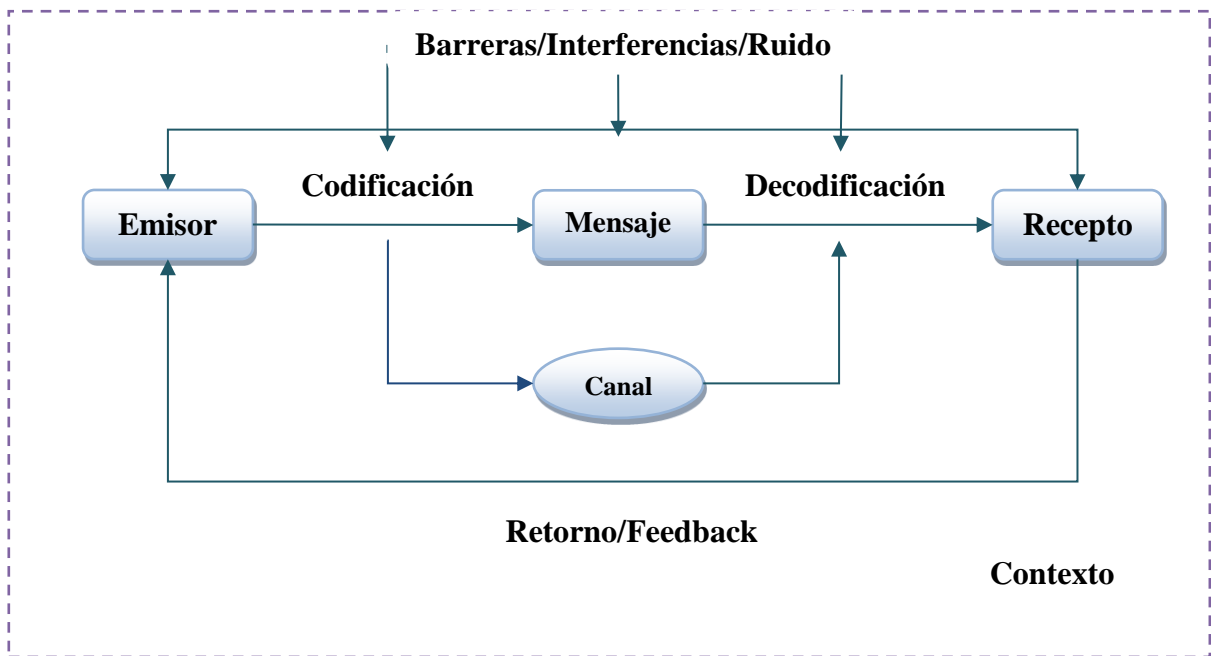
- a) Emisor: Elabora los mensajes mediante códigos y signos. Se debe tener en cuenta que cada emisor tiene un marco referencial. Este elemento fue incluido en el primer estudio del proceso de la comunicación realizado por Aristóteles, a éste se le fue dando distintos nombres y aportándole cualidades según el enfoque con el que se lo realizó.
- b) Mensaje: Es la unión de códigos y signos estructurados, debe ser comprensible para el perceptor o la audiencia a quienes está dirigido. La codificación del mensaje debe tener en cuenta la intención con la que se realizó. Este elemento también fue un identificado en el estudio de Aristóteles.
- c) Canal: También llamado medio, es la forma o el camino por el que se transmite el mensaje.
- d) Perceptor: Decodifica el mensaje al recibirlo. Al igual que el emisor, cuenta con un marco referencial. Este elemento también fue un identificado en el estudio de Aristóteles.
- e) Retroalimentación: es el efecto, la respuesta al mensaje emitido, este elemento fue identificado en la teoría de Harold Lasswell.

---

<sup>23</sup> Los elementos son identificados de distintas teorías, tomándolos como parte del proceso para fines de la presente tesis.

- f) Ruido: son las distorsiones que se pueden producir en el mensaje, este elemento fue un aporte de la teoría matemática de Shannon y Weaver, esta teoría representa un estudio más dedicado al área electrónica de la comunicación, pero se lo puede tomar como parte fundamental identificando distintos ruidos en el proceso.
- g) Contexto: Escenario donde se produce el proceso.

**Gráfico N° 2. El Proceso de Comunicación**



Fuente: Manuales Prácticos de la PYME, Cómo elaborar el Plan de Comunicación<sup>24</sup>

### 3.2.2 Barreras de la comunicación.

Las barreras son aquellas que intervienen en el desarrollo del proceso de comunicación, no permiten que los mensajes se envíen óptimamente, o se reciban con la claridad que fueron enviados. Dentro del proceso de comunicación siempre se encontraran estas barreras<sup>25</sup>.

- a) Físicas: son aquellas barreras mecánicas o técnicas, esta surge en aparatos tecnológicos.

<sup>24</sup> [http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion\\_BIC%20Galicia.pdf](http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion_BIC%20Galicia.pdf) (Visitada en Enero de 2012)

<sup>25</sup> [http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion\\_BIC%20Galicia.pdf](http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion_BIC%20Galicia.pdf) (Visitada en Enero de 2012)

- b) **Fisiológicas:** se dan por problemas en el funcionamiento del cuerpo humano, son impedimentos físicos que evitan que los mensajes puedan emitirse o recibirse de manera correcta.
- c) **Lingüísticas:** Barreras por idiomas.
- d) **Psicológicas:** son aquellas basadas en emociones, valores que tiene el individuo antes de recibir el mensaje.
- e) **Semánticas:** son significados de los mensajes que puede variar según la persona.
- f) **Estructurales:** esta barrera se encuentra en el orador y se efectúa cuando éste tiende a salirse del tema, por problemas concretos de concentración.

### **3.3 Modelos de Comunicación**

Las teorías desarrolladas con el paso del tiempo aportan al diseño de modelos de comunicación, que pretenden explicar los procesos por los que se lleva a cabo la comunicación. Tomando tres elementos básicos que son el emisor, el mensaje y el receptor. Dentro de los distintos modelos de comunicación se encuentran aquellos que tienen como elementos los efectos y las respuestas a ciertos estímulos, tales son el de Carl Hovland<sup>26</sup> y el de Harold Lasswell<sup>27</sup>, que si bien tomaban en cuenta los efectos causados por los Mass Media, se los utiliza para explicar la respuesta que tiene un receptor frente a los estímulos presentados por los emisores, sin que sean parte de los Media.

#### **3.3.1 Modelo de Harold Lasswell**

Este modelo parte de la observación de Lasswell sobre las tres funciones fundamentales de la comunicación de masas:

---

<sup>26</sup> Carl Hovland nació en Chicago, Estados Unidos, en 1912. Estudió matemáticas, ciencias y psicología en la Northwestern University, doctorándose en Yale comenzó la actividad docente en 1940 donde coordinó la evaluación de programas de entrenamiento y empleo del cine de propaganda entre las tropas norteamericanas. Es considerado uno de los padres de la comunicación junto con Lasswell, Lazarsfeld y Lewin

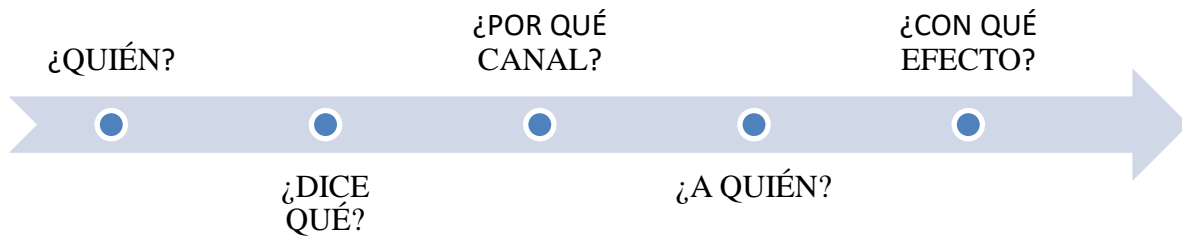
<sup>27</sup> Harold Lasswell, Nació en Donnellson, Illinois, en 1902, es denominado como padre de la comunicación por los aportes que realizó a las investigaciones respecto al proceso de comunicación



- a) La supervisión o vigilancia del entorno.
- b) La correlación de las distintas partes de la sociedad en su respuesta al entorno.
- c) La transmisión de la herencia social de una generación a la siguiente.

Sobre la base de estas 3 funciones, describe el acto de la comunicación con las preguntas:

**Gráfico N° 3. Modelo de Comunicación de Harold Lasswell**



Fuente: Modelo de la Comunicación de Harold Lasswell en GALEANO (1997)

Todas ellas relacionadas a un contexto y a la interacción simultánea del emisor y el receptor. Éste es un modelo de análisis donde el principal postulado establece a los actos comunicativos. Donde la conducta percibida tanto por quién estimula, cómo por el que la manifiesta, es un principio de retroalimentación, donde la pasividad del receptor cambia, produciendo otro estímulo, el cual origina una respuesta.

- a) Quién: Es el sujeto que genera los estímulos buscando la respuesta del sujeto terminal.
- b) Dice qué: Son los estímulos comunicacionales que originan una conducta.
- c) Por qué canal: Son los instrumentos o caminos que hacen posible la aplicación de los estímulos comunicativos.
- d) A quién: es el sujeto terminal que recibe los estímulos y reacciona según estos.
- e) Con qué efecto: son las respuestas que corresponden a los estímulos comunicativos, a la información que se difunde.
- f) Aplicándose el control y el contenido bajo la regulación que produce la normativa.

#### Gráfico N° 4. Paradigma de Harold Lasswell



Fuente: Paradigma de la Comunicación de Harold Lasswell en SILES (1995).

“Con qué efecto: Se trata del impacto que Lasswell concibe en forma global. En otros términos: el estímulo contenido en un mensaje dado, vehiculado por tal medio dirigido a una población o segmento del mercado de tal volumen, dando tal resultado ”.<sup>28</sup>

#### 3.3.2 Modelo de Carl Hovland

El ámbito de estudio de Hovland sostiene que las condiciones necesarias para obtener el cambio de actitud pasan por la persuasión. Éste modelo estudia una reconsideración de las variables de la formación de aprendizaje, de las normas, de las actitudes y la coherencia social de los comportamientos. Debemos tomar en cuenta que la formación en psicología de Hovland aportó a la formación de su modelo, el cual cuenta con una percepción psicológica de la comunicación.

En su teoría, opera el principio de los marcos de referencia y los modelos de conducta, de esta manera, trata de condicionar el contexto social a través de la fuerza de imitación personal. Las estrategias usadas por los actores se hacen más complejas en la medida que los modelos compuestos se desarrollan a partir de roles aprendidos y elaborados como puntos de socialización.

<sup>28</sup> SILES, E. Hugo. “Significación compartida: introducción a los modelos y efectos de la Comunicación”. La Paz – Bolivia; Editorial Efecto Impresiones, 1995; p. 27

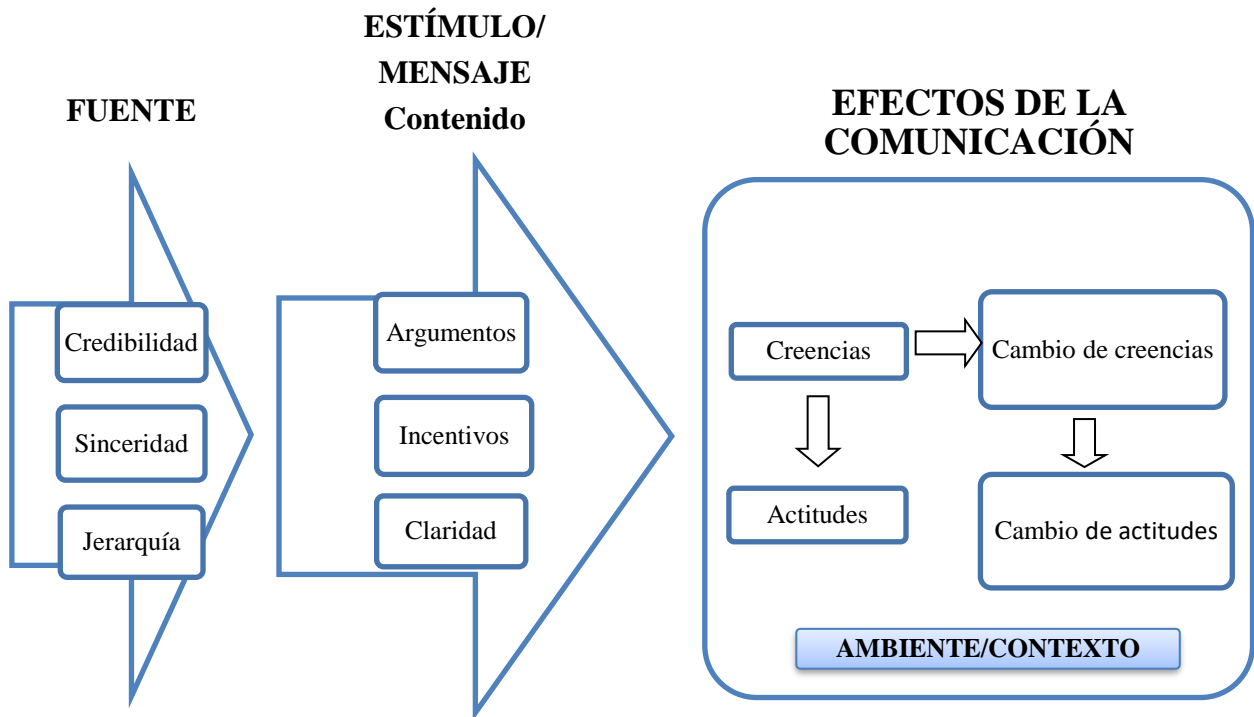
Estos marcos de referencia se transmiten a través de los medios de comunicación y con ello involucra a la audiencia, se trata entonces de eliminar la disonancia y racionalizar las normas y criterios establecidos.

Éste modelo reconoce tres variables principales:

- a) El comunicador: La fuente es Quién estimula, aquel que envía el mensaje, el que lo elabora, con el objeto de alcanzar los efectos deseados. Para esto debe mostrar algunas características, como son la credibilidad, la sinceridad y la jerarquía que tiene el comunicador frente a su público.
- b) El comunicado: Estímulo o mensaje para llegar a ser efectivo presentará en su contenido argumentos, así como incentivos y debe estar elaborado con claridad este será efectivo y logrará el cambio de actitud si se toman en cuenta estas tres medidas.
- c) La audiencia: Es el Público, tomándolo como un sujeto susceptible a un cambio de actitudes y de creencias, tomando en cuenta el contexto de los sujetos y el entorno en el que vive, si las características del comunicador y del mensaje fueron adecuadas se alcanzarán los efectos buscados.

En éste modelo se busca el cambio de actitud producido por el estímulo, pero este depende de los niveles de credibilidad de la fuente, como condición de funcionamiento.

## Gráfico N° 5. Modelo De Carl Hovland 1 “Comunicación y Cambio de Actitud”

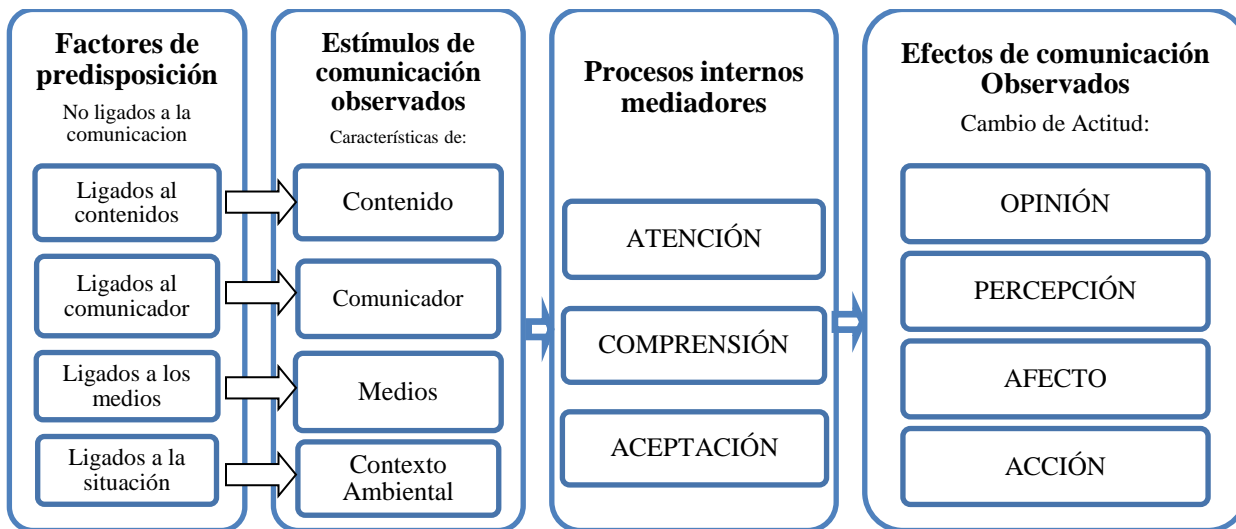


Fuente: Modelo “Comunicación y cambio de Actitud” de Carl Hovland en DUES, Michael. BURGOON, Michael (1997)

Para explicar mejor el Modelo de cambio de actitud, se lo desarrollo con las características que presentará cada parte del proceso. En los estímulos, podemos encontrar ciertas características que condicionarán los efectos que estos causen en la audiencia:

- Las características del contenido del estímulo que deben lograr la atención de la audiencia.
- Las características del comunicador, si éste logra ser comprendido podrá obtener el cambio de actitud buscado en la audiencia, aquí se puede tomar en cuenta, también, la credibilidad del comunicador para obtener su objetivo.
- Las características de los medios si estos son los apropiados pueden lograr una aceptación en la audiencia.
- Las características del contexto ubicarán el contexto de la audiencia, la situación que ellos viven.

**Gráfico N° 6. Modelo de Carl Hovland 2 “Comunicación y Cambio de Actitud”**



Fuente: Modelo “Comunicación y cambio de Actitud” de Carl Hovland en DUES, Michael. BURGOON, Michael (1997)

En ambas teorías se habla de los efectos buscados, Carl Hovland llama a éste, el Cambio de comportamiento; que es provocado por un estímulo, es decir, que el efecto esperado por las estrategias es lograr que la población cambie sus hábitos para evitar la propagación, mediante las campañas de prevención, de reconocimientos de los síntomas, y para evitar el abandono del tratamiento. Con una estrategia de comunicación que busca conseguir que la población participe de manera activa y bien informada en acciones individuales y colectivas favorables a la salud.

### 3.3.3 Comunicación Horizontal.<sup>29</sup>

Como describe Luis Ramiro Beltrán, el primer escrito acerca del proceso de comunicación desarrollado por Aristóteles en “La Retórica”, muestra un proceso lineal, vertical, donde los

<sup>29</sup> De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada para esta investigación, se advierte al lector que se tomó la teoría desarrollada por Luis Ramiro Beltrán como base fundamental para la elaboración del marco teórico, de la misma forma el análisis se basó en lo expuesto por el autor en la consideración de la importancia que tiene el mismo en el campo de la comunicación social y la relación con el desarrollo y la Salud.

elementos del proceso que son el emisor, quien emite la idea; el mensaje o discurso y el oyente que es quien tiene la tarea de escuchar, con características de vulnerabilidad ante la persuasión del emisor.

Con el pasar del tiempo se fueron realizando diversos estudios acerca de este proceso, por ejemplo, Harold Lasswell (1948) en su modelo habla del efecto causado en el perceptor, es el efecto a la información que se le brinda a través de los diversos medios de comunicación.

En la “Teoría matemática de la comunicación”, Claude Shannon y Warren Weaver (1971) se agrega el ruido al proceso de comunicación, definiéndolo como una perturbación del mensaje o interferencia en el canal. En esta teoría, un sujeto activo traslada información a un sujeto pasivo, transmitiéndole datos, pero no existe un retorno de la comunicación pues ambos modelos refieren a la acción de los medios de comunicación masiva.

Las teorías de Lasswell, Shannon y Weaver, refieren al igual que Aristóteles, a un proceso de comunicación vertical, donde se ve la transmisión de información, pero no un proceso de comunicación.

En el primer tercio de la década de los años '60, se fueron creando diversas teorías con una base más crítica, cuestionando las concepciones que se tenían acerca del proceso, analizando la idea de que la comunicación no es el proceso lineal como se planteaba en anteriores estudios, diferenciando también lo que es la información y la comunicación, y otorgando un rol distinto a quien emite el mensaje y a quien lo recibe. David K. Berlo (1960 y 1963), plantea que no se puede ver a la comunicación como la acción de meter ideas en la cabeza de la gente, pues no es la transmisión mecánica de información, debido a que el significado

del mensaje no está en los símbolos aplicados sino en las personas. Siendo un proceso dinámico e interactivo.<sup>30</sup>

En 1967, Abraham Moles habla del ciclo cultural, donde los involucrados son el creador (quien realiza las innovaciones culturales), micromedios (quien promueve las innovaciones culturales), medios masivos (quienes hacen circular las innovaciones) y macromedios (la sociedad).

En 1970, Paulo Freire<sup>31</sup> estigmatizó la educación tradicional como bancaria por ser pro oligárquica, opresiva y manipuladora que domesticaba mediante la información que se brinda cargada de un conjunto de normas, mitos y valores de las minorías oligárquicas, domesticando a favor de las élites privilegiadas. Al hablar de la pedagogía del oprimido se busca una educación liberadora, para estimular a los desheredados a cuestionar la sociedad para luchar por hacerla justa, estimulando a conocer la realidad mediante un proceso de concientización. Esta educación emancipadora tendría como eje una relación horizontal entre maestros y estudiantes, con la clave de una autentica comunicación de doble vía basada en el dialogo libre, revelador y creativo.

Así como ellos otros autores comenzaron a realizar investigaciones que apuntaban al análisis de los efectos y funciones de la comunicación. En 1973, Frank Gerace estadounidense radicado en Bolivia realizó una adaptación del pensamiento de Freire a la comunicación, analizando de manera crítica el modelo vertical y dando ideas preliminares a la comunicación

---

<sup>30</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. "Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán". La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011; Pág. 19

<sup>31</sup> Paulo Freire, (1921-1997) fue uno de los mayores y más significativos pedagogos del siglo XX. Con su principio del diálogo, enseñó un nuevo camino para la relación entre profesores y alumnos. Sus ideas influenciaron e influyen los procesos democráticos por todo el mundo. Fue el pedagogo de los oprimidos y en su trabajo transmitió la pedagogía de la esperanza. Influyó en las nuevas ideas liberadoras en América Latina y en la teología de la liberación, en las renovaciones pedagógicas europeas y africanas, y su figura es referente constante en la política liberadora y en la educación. Fue emigrante y exilado por razones políticas por causa de las dictaduras. Por mucho tiempo, su domicilio fue el Consejo Mundial de las Iglesias en Ginebra, Suiza.

horizontal, con un sentido equitativo y democrático, haciendo una diferenciación de la comunicación con la mera información.

En 1976, los comunicólogos norteamericanos Stanley Harms y Jim Richstad formularon el “Modelo de intercambio de comunicación humana” entrelazando los conceptos de derechos, recursos y necesidades de la comunicación, con introspecciones democratizantes y muestra considerable poder heurístico.

En 1977, Fernando Reyes Matta propuso el “Modelo de la comunicación con participación social activa”, resultando este un diseño práctico para un régimen de organización institucional capaz de propiciar la comunicación horizontal, propiciando la interrelación de los conceptos de acceso y participación como claves para este modelo de comunicación. Pero ni este modelo ni el de Stanley Harms y Jim Richstad se ocupa de ciertas finalidades de la comunicación como la persuasión.

Luis Ramiro Beltrán (1979), conjugando los elementos anteriormente planteados y destacando el diálogo y los propósitos formuló el “Modelo de la Comunicación Horizontal”. De esta forma se puede comprender que la comunicación horizontal es la denominada comunicación democrática que, a diferencia de la comunicación vertical, representa un proceso de comunicación directa, cara a cara, donde “todos tiene el derecho a comunicarse para lograr satisfacer sus necesidades de comunicación mediante el goce de los recursos de la comunicación”<sup>32</sup>. “Los seres humanos se comunican con múltiples propósitos. El principal no es el ejercicio sobre el comportamiento de los demás”<sup>33</sup>.

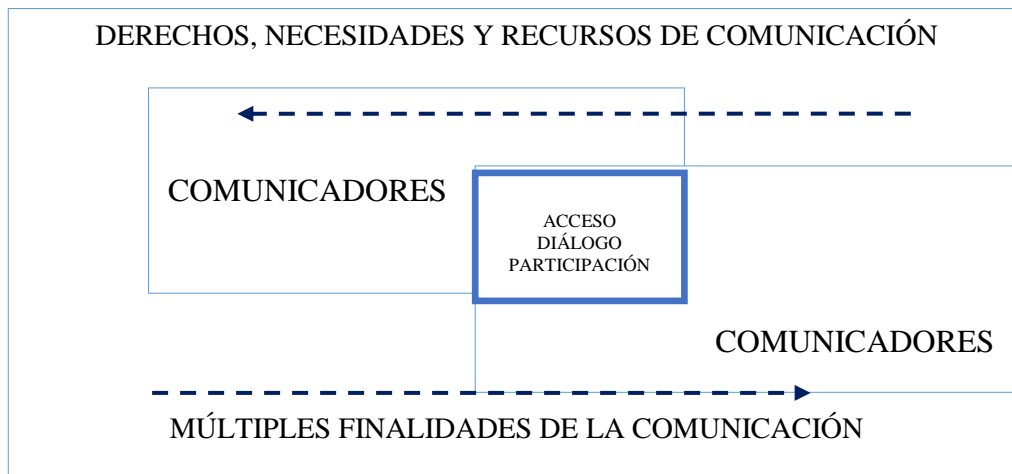
---

<sup>32</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Un Adiós a Aristóteles”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 1979; Pág. 30

<sup>33</sup> IBIDEM



### Gráfico N° 7. Modelo de Comunicación Horizontal



Fuente: Luis R. Beltrán (1979)<sup>34</sup>.

Según Luis Ramiro Beltrán, para lograr comprender este modelo es necesario especificar los elementos que contiene el mismo, los cuales son:

- a) Acceso, es el ejercicio efectivo del derecho a recibir mensajes.
- b) Diálogo: es el ejercicio efectivo del derecho a recibir y al mismo tiempo emitir mensajes.
- c) Participación: es el ejercicio efectivo del derecho a emitir mensajes.
- d) Comunicadores: son todos los seres humanos aptos tanto para recibir como para emitir mensajes.
- e) Derecho a la comunicación: es el derecho natural de todo ser humano tanto a emitir como a recibir mensajes intermitentemente o al mismo tiempo.
- f) Necesidad de comunicación: es tanto una demanda natural individual como un requerimiento de la existencia social para usar los recursos de comunicación a fin de entrar a compartir las experiencias por interacción mediada por símbolos.

---

<sup>34</sup> IBIDEM

- g) Recurso de comunicación: es cualquier elemento energía/materia – cognoscitivo, afectivo o físico - utilizable para hacer posible el intercambio de símbolos entre los seres humanos.
- h) Libertad: más allá de ser un concepto subjetivo, la libertad está condicionada a la de los otros, y esa restricción es el producto del acuerdo de responsabilidad social al servicio del bien común. La libertad absoluta no es deseable ni viable.
- i) Igualitarismo: al igual que la libertad, este es un concepto subjetivo y que no es posible de manera absoluta al no poder lograrse una simetría total al momento de emitir y recibir mensajes. Las oportunidades similares son posibles en la medida en que resulte factible expandir las oportunidades de recepción y en la medida en que el reducir significativamente la concentración de las oportunidades pueda no resultar posible. Por tanto, se busca un equilibrio justo de las proporciones; no la equivalencia matemática.
- j) Influencia: se busca la influencia sobre el comportamiento del resto, es una finalidad lícita sujeta a la condición de que no sea unilateral, autoritaria o manipuladora. Viéndola como un propósito que respete la dignidad del otro, debe ser considerada pero no como la más importante.

### **3.4 Comunicación para la Salud.<sup>35</sup>**

Si bien la comunicación es un proceso por el cual los seres humanos pueden expresar con ciertos símbolos, necesidades e ideas, se debe tomar en cuenta que la aplicación de la comunicación como el aporte en herramientas metodológicas y prácticas que son actualmente de gran importancia. La *Comunicación para la Salud* es la aplicación de estas herramientas

---

<sup>35</sup> Ver cita 29

con el fin de informar y lograr mediante diversas estrategias llegar a la población para poder alcanzar ciertos cambios no sólo en el comportamiento, sino en actitudes y acciones. Es por eso que el uso de la comunicación para la prevención es un punto clave de relacionamiento entre la comunicación y la salud, donde la comunicación es el medio por el cual se pueden mostrar acciones saludables al pueblo, tomando en cuenta que la salud no solo es la carencia de enfermedad sino es el completo bienestar físico y psicológico del ser humano y de la sociedad.

Según Luis Ramiro Beltrán “La comunicación en salud es un sistema de intervención para la modelación masiva de conductas propicias para el buen estado de salud.”<sup>36</sup>

Es decir, son las acciones mediante las cuales se planea influir positivamente para la toma de decisiones favorables a la salud, es la manera por la cual un sistema de salud y los entes gubernamentales pueden informar y ponerse en contacto con la sociedad, buscando crear actitudes que favorezcan a la salud del pueblo. Estas acciones, como también explica Luis Ramiro Beltrán, deben estar establecidas dentro de un marco de políticas, estrategias, planes y campañas que pongan de manera clara y ordenada cuáles serán las actividades que se realizarán, esto buscan el mayor efecto.

“La comunicación para la salud es la aplicación planificada y sistemática de instrumentos de comunicación social al logro de comportamientos de la población compatibles con sus necesidades de bienestar y con las finalidades de servicios expresadas en políticas y planes de salud pública.”<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> BELTRÁN, Luis Ramiro. “*La Salud pública y la comunicación social*”. La Paz – Bolivia: 1998; Pág. 35

<sup>37</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011; Pág. 33

Dentro del proceso social, mecanismo de intervención institucional para ejercer a gran escala influencia sociocultural que proporcione conocimientos, propicie actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

Desde un panorama profesional es el empleo sistemático de medios de comunicación como herramientas de apoyo al fomento de comportamientos colectivos funcionales al logro de los objetivos de los servicios de salud pública.

Comunicación para la Salud pública es aquella influencia social multitudinaria que proporciona conocimientos con el fin de forjar actitudes y provocar ciertas prácticas, se da por los requerimientos de la población para elaborar programas de salud con la meta de mejorar el estado de la salud del pueblo.

Este intento sistemático debe influir positivamente en las prácticas de la población respecto a su salud, se da en poblaciones extensas utilizando principios y métodos de la comunicación masiva, con el diseño de la instrucción, el mercadeo social, análisis del comportamiento y antropología médica.

La Comunicación para la Salud está enfocada en los programas de prevención de las enfermedades, buscando que tanto la población como los profesionales en salud trabajen con el fin no sólo de la curación, sino también en la creación de medios por los cuales se informe y se eduque, buscando prácticas de salud correctas y cambios en actitudes para beneficio de todos. Se toma la comunicación para la salud como una prioridad para alcanzar las metas de “Salud para todos” acoplando a profesionales en comunicación a programas de salud para que sean ellos quienes elaboren estrategias y planes que lleguen de manera apropiada a toda la población, implementando distintos recursos que aporten a la mejora de la salud del pueblo.

### 3.5 Planificación en comunicación<sup>38</sup>

Según Luis Ramiro Beltrán, la planificación es la acción de organizar de manera racional las actividades que se realizarán con un fin, esto para obtener un orden y para poder alcanzar un nivel mínimo de improvisación, de acuerdo al autor, la planificación es la racionalización de las actividades, comprendiendo que “lo racional tiene por eje la anticipación de las acciones, el cálculo de costos frente a los beneficios y la medición de resultados”<sup>39</sup>. Es decir, tomando en cuenta que la relación de costo y beneficio nos mostrará la eficacia obtenida, mediante la planificación se puede conocer la eficiencia según la racionalidad de las acciones y su adecuada organización, logrando así mayores niveles de efectividad razonablemente dividida por el costo, al producto justificado por el insumo.

De acuerdo a lo planteado por Luis Ramiro Beltrán, fue a partir de la década del '80 que se comenzó con la aplicación de la planificación a la comunicación educativa en el campo de la salud, dándose una expansión a diversos subsectores de la salud. Esto se da debido a que se conocieron casos de esfuerzos que significaban grandes gastos económicos en comunicación en países del Tercer mundo, pero que no tuvieron la efectividad que se requería, esto lleva a organismos internacionales dedicados a mejorar la salud a mejorar los conceptos y procedimientos de la planificación de la comunicación.

El “Proceso P”<sup>40</sup> del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins, delineado en 1983, es llamado así porque su protocolo de diseño se tituló “Procesos y Principios para Proyectos de Comunicación en Salud” y por el esquema en espiral de su

---

<sup>38</sup> Ver cita 29

<sup>39</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. *“Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”*. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011 Pág. 49

<sup>40</sup>BELTRÁN, S. Luis Ramiro. *“Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”*. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011 Pág. 49

gráfica que forma la letra P, uniendo la última etapa con la primera, siendo un esquema cíclico, que puede ser repetido las veces que se vea necesario. Las etapas de este proceso son:

- a. **Análisis**, Es la investigación sistemática de las tres áreas de interés, (a) la naturaleza del público; (b) la naturaleza de las políticas y planes de salud, tomando en cuenta sus recursos, debilidades y fortalezas; (c) los recursos de comunicación disponibles, como ser recursos humanos, financieros y materiales.
- b. **Diseño estratégico**, refiere a la etapa donde se trazan los objetivos, se identifica los segmentos de audiencia pertinentes, se especifica los cambios de comportamientos buscados, se define los medios a usarse y se diseña la forma de evaluación.
- c. **Desarrollo, Prueba, Revisión y Producción de Mensajes**, Esta etapa contiene tres tareas que son la estipulación de conceptos de los mensajes y su forma; las pruebas piloto para ver las reacciones a los mensajes, tomando en cuenta el contenido y la forma; y la tercera que es la mejora según los resultados de los mensajes para ponerlos en producción.
- d. **Gestión, Ejecución y Fiscalización**, Esta etapa inicia con la movilización de las organizaciones adecuadas, la creación de un clima institucional favorable al planeamiento, la implementación del plan de acción, la fiscalización del proceso de difusión, emisión y recepción de los productos y el volver a probar los materiales antiguos y nuevos.
- e. **Evaluación del impacto**, Inicia con la medición de los efectos en los mensajes y la determinación de la mejora de los mismos. Ajustándolos de acuerdo a la identificación puntual de falencias. se debe contemplar que este

estudio es de características sociales, por lo cual la medición de resultados es en muchos casos imprecisa, pero se la debe adecuar para la realización de nuevos mensajes.

Luis Ramiro Beltrán<sup>41</sup> en la teorización de los instrumentos de la planificación identifica que estos son: La política, la estrategia y el plan, siendo herramientas de planificación sirven, utilizadas correctamente, para trazar comportamientos conducentes al logro de determinados propósitos. Obteniendo la efectividad buscada si se aplican de manera adecuada y concordante.

**Cuadro N° 1. Relación Comparativa de Instrumentos aplicados a la Planificación**

	<b>POLÍTICA</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>PLAN</b>
<b>DEFINICIÓN</b>	Conjunto de Normas y aspiraciones	Conjunto de previsiones y procedimientos	Conjunto de prescripciones para regir operaciones
<b>MODO</b>	Doctrinaria	Metodológica	Ejecutiva
<b>¿QUÉ HACE?</b>	Traza objetivos generales	Plantea Objetivos específicos	Estipula metas concretas
<b>¿QUÉ ES?</b>	Mandato	Diseño	Aparato
<b>CARÁCTER</b>	Más profunda que amplia	Más amplia que profunda	Igual de amplio que profundo
<b>HERRAMIENTAS</b>	Discursos individuales, declaraciones colectivas y se formalizan mediante acuerdos o disposiciones legales de alto nivel	Decretos o resoluciones, manifestaciones en los planes que rigen a los proyectos y programas	Documentos técnicos o financieros
<b>DURACIÓN</b>	Dura más tiempo, es explícita, integral y estable	Experimenta cambios y puede variar según la coyuntura	Se diseña a corto plazo

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Luis Ramiro Beltrán (2011)

<sup>41</sup> Ver cita 24

Las tres herramientas se manejan de modo de limitativo, pero interrelacionándose entre sí. La relación se desarrolla dentro de un modelo Gestalt, siendo funcionales entre sí, pero con una base jerárquica dónde la política es la base que sostiene las herramientas, pero al mismo tiempo las contempla en su interior, utilizándolas para alcanzar su fin.

### **3.5.1 Políticas de comunicación.<sup>42</sup>**

Según Luis Ramiro Beltrán “La política de comunicación en salud es el conjunto de principios, normas y aspiraciones que dan fundamento teleológico a intervenciones de comunicación al servicio de políticas de salud pública.”<sup>43</sup>

Como indica Beltrán, para el trabajo a realizarse en el campo de la comunicación, es necesario proveer de un marco normativo en el cual se plantee la necesidad de la prevención mediante la promoción de la salud. Esta norma se da con el diseño general de procedimientos que animan a esta intervención. Estas son las políticas nacionales de salud y una política nacional de comunicación con carácter global.

De acuerdo a lo planteado por Luis Ramiro Beltrán<sup>44</sup>, la política debe estar regida según lineamientos que establezcan la importancia, el trabajo a realizarse y las formas como se dará soporte a esta labor, estos lineamientos fueron establecidos dentro del marco del Plan “Salud Para Todos.”<sup>45</sup>

- a) El Estado reconoce la importancia de la comunicación social para las políticas de salud y asignará recursos del sector salud para jerarquizar ampliar y mejorar las

---

<sup>42</sup> Ver Cita 29

<sup>43</sup> BELTRÁN, Luis Ramiro. “*La Salud pública y la comunicación social*”. La Paz – Bolivia 1998. En: Taller de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva; Cochabamba Bolivia, 8 al 22 de marzo de 1998. Pág. 35

<sup>44</sup> Ver Cita 29

<sup>45</sup> Salud para Todos los pueblos del mundo es el fin planteado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Alma Ata realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue “Salud para Todos en el año 2000”.



capacidades orgánicas de comunicación educativa para la salud separándola de la publicidad y las relaciones públicas.

- b) El Estado asegurará un porcentaje de la asistencia financiera externa para que en los programas de salud se designe a sistemas de comunicación.
- c) El Estado recurrirá a recursos afines para cooperar a fortalecer los sistemas de comunicación para la salud.
- d) El Estado apelará a mecanismos de comunicación social (públicos y privados) para movilizar con el fin de lograr “Salud para Todos”.
- e) El Estado aplicará mayor parte de los recursos, tanto físicos, humanos como financieros, para comunicación, apuntalando a acciones pro salud que respalden estas políticas:
  - a. Reconocimiento de la salud como derecho universal.
  - b. Prioridad de programas de atención primaria en salud.
  - c. Reconocimiento del derecho del pueblo a participar en el diseño y ejecución de los programas en salud.
  - d. Promoción integral de la salud buscando que la gente adopte estilos de vida saludables y luche por conseguir las condiciones de contexto socioeconómico y medioambiente físico indispensable para el logro de la plena salud pública.
  - e. Máxima prioridad a favor del desarrollo y supervivencia infantil.
- f) Búsqueda de que el estado incremente las acciones de comunicación que puedan aportar estrategias previstas, como la sensibilización de la opinión pública, la movilización social, la participación popular, el involucramiento comunal, la educación para la salud y la promoción en general de esta.

- g) El Estado emitirá conjuntos esenciales y normativos de mensajes sobre cada uno de los problemas de salud sobresalientes en el país y los difundirá bajo la obligación legal de que las empleen no sólo sus organismos propios sino también los No Gubernamentales para evitar incongruencias y contradicciones e inexactitudes tanto en el contenido como en el tratamiento.
- h) Contratación de personal calificado de la especialidad y este tendrá la jerarquía equivalente a los profesionales de las otras especialidades, brindándoles la misma remuneración justa y atractiva asegurando la estabilidad funcionaria independiente de cambios políticos y consideraciones extra profesionales.
- i) El Estado fomentará la capacitación de comunicadores en salud mediante los convenios con universidades e institutos tanto en ciencias de la salud y comunicación para la salud.
- j) Mediante convenios, asegurar que las actividades de comunicación para la salud se ejecuten bajo un régimen integral de programación racionalizadora y optimizante que incluya inversión, planteamiento fiscalización, evaluación y ajustes para dar más eficiencia a la producción y difusión de mensajes.

Estos lineamientos buscan el aporte de los estados para la elaboración y ejecución de los programas, proporcionándoles todas las herramientas, tanto de personal como financieras al trabajo del área comunicacional en las tareas de prevención.

Para estas labores también se debe contar con el apoyo de las poblaciones con las que se trabajará, las cuales deben ser consultadas, informadas, educadas y movilizadas para que los programas den resultados, debido a que estos programas no sólo dependen de un buen diseño y buenos planes de acción, sino que deben contar con el apoyo de toda la población de manera activa para obtener el efecto que se busca.

Las principales políticas de salud buscan:

- a) Reconocimiento del derecho universal a la Salud.
- b) Alta prioridad para la atención primaria.
- c) Máxima prioridad para la salud y operaciones de los programas de salud, especialmente a nivel local.
- d) Promoción; la más innovadora, amplia y profunda pero también la más costosa y de difícil aplicación. La carta de Ottawa anticipó 5 rubros estratégicos:
  - a. Formulación de políticas públicas saludables.
  - b. Creación de ambientes saludables.
  - c. Fortalecimiento de la acción comunitaria.
  - d. Desarrollo de aptitudes personales.
  - e. Reorientación de los servicios de salud.

### **3.5.2 Estrategias de comunicación.<sup>46</sup>**

La Estrategia de Comunicación es la herramienta metodológica aplicada para la toma de decisiones, es el conjunto de procedimientos que rigen la estructura de las acciones que se tomarán con un fin a alcanzar, según Luis Ramiro Beltrán, la estrategia es el puente por donde transita el ideal para llegar a la realidad, dentro de la relación con la política y el plan de comunicación.

Por otro lado, desde un punto de vista organizacional es el conjunto de decisiones que juntan elementos del proceso organizacional, como la misión y la visión con las preguntas cómo, con qué y con quiénes para lograr que los objetivos estén al servicio del ideal.

---

<sup>46</sup> Ver Cita 29

De acuerdo a lo expuesto por Luis Ramiro Beltrán, es así que podemos definir una estrategia como la serie sistemática y planificada de acciones que combinan métodos, técnicas y herramientas, para alcanzar una meta concreta y objetiva, utilizando los recursos disponibles, marcándose en un tiempo determinado. "Una estrategia de comunicación es una serie de acciones bien planificadas que se propone lograr ciertos objetivos a través del uso de métodos, técnicas y enfoques de comunicación."<sup>47</sup>

Es primordial para la estrategia de comunicación identificar de manera adecuada los objetivos que son la base de la estrategia son los que ayudan a determinar la forma de actuar y contemplar todas las posibilidades para poder enfrentar la solución de los problemas. Al tener claros los objetivos se deben contemplar los recursos que se aplicarán, evaluando aquellos disponibles para activar la estrategia de comunicación. Según algunos autores la estrategia debe ser:

- Consistente con las conclusiones de campo y con el marco de referencia del proyecto.
- Viable con relación a los recursos disponibles y con el tiempo determinado.
- Efectiva, o sea que hace el mejor uso de los recursos disponibles para lograr todos los objetivos planteados.

Teniendo un panorama de lo que es la estrategia de comunicación, aplicándola al campo de la comunicación para la salud Luis Ramiro Beltrán explica que la estrategia de comunicación es "el conjunto de prescripciones direccionales y procedimientos para enviar a la población mensajes que apunten los fines de las estrategias de salud"<sup>48</sup>. Las estrategias de comunicación son instrumentos que plantean un camino por el cual se podrá tomar las

---

<sup>47</sup> MEFALOPULOS, Paolo, KAMLONGERA, Chris "Manual: DISEÑO PARTICIPATIVO PARA UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN", 2da Ed. Roma – Italia: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 2008

<sup>48</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. "Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán". La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011; Pág. 55

medidas, dando paso al plan de comunicación y enmarcándose en la política en la que está soportada. “Se puede entender por estrategia de comunicación para la salud a un conjunto de previsiones teleológicas y procedimentales para la emisión de mensajes a la población que apuntalen los fines de la estrategia de salud pública.”<sup>49</sup>

Es así que podemos ver que dentro del campo de la comunicación para la salud se puede encontrar algunas estrategias aplicadas a este campo como ser:

a. Abogacía: esta estrategia busca el encontrar el compromiso y apoyo político, la aceptación social y el apoyo del sistema mediante la combinación de acciones individuales y sociales diseñadas para alcanzar un fin determinado, es entonces el proceso de explicar y propiciar públicamente una causa y persuadir a los dirigentes de la sociedad para que la hagan suya<sup>50</sup>, la estrategia de abogacía comunicativa debe contemplar algunos elementos, como ser:

- La importancia de la causa por la que se quiere abogar, poniendo énfasis en lo relevante para los principales sectores a los q se busca persuadir.
- La oportunidad con que se abogue por la causa, su ubicación adecuada en los momentos convenientes.
- La credibilidad de la propuesta: la información a transmitirse debe ser irrefutable.
- La validez de la información debe ser sólidamente respaldados y rigurosamente manejados para su presentación.

---

<sup>49</sup> BELTRÁN, Luis Ramiro. “*La Salud pública y la comunicación social*”. La Paz – Bolivia 1998. En: Taller de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva; Cochabamba Bolivia, 8 al 22 de marzo de 1998; Pág. 40

<sup>50</sup> BELTRÁN, Luis Ramiro. “*La Salud pública y la comunicación social*”. La Paz – Bolivia 1998. En: Taller de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva; Cochabamba Bolivia, 8 al 22 de marzo de 1998. Pág. 57

- la adecuación a las percepciones y expectativas de aquellos a quienes se busca convencer.

Según ciertos análisis realizados por expertos, se explicó que se contará con el apoyo si quien realiza la propuesta llega a comprender:

- Considera la causa viable económica y políticamente.
  - Cuentan con la presión pública y el posible respaldo de sus colegas o afines.
  - Los resultados sean no solo satisfactorios sino viables.
  - La evidencia que se presente sea fuerte.
- b. Movilización Social: esta estrategia nace debido a que con la campaña de UNICEF “La revolución de la sobrevivencia infantil y el desarrollo” los comunicadores comprendieron que se debe involucrar a todo el mundo y no sólo al público meta y al personal de los programas, esto es posible, en cierta parte, si se logra convencer a los políticos que el apoyo a la salud es un “buen negocio” económico y político, convenciéndolos de que apoyar a los niños era conveniente para todos. Esta campaña tuvo éxito alcanzando el apoyo mediante el padrinazgo de UNICEF por el “Programa Ampliado de Inmunización (PAI)”, esto gracias a la promoción pública. Con este ejemplo se puede comprender que la movilización social “es el proceso de conjugar todos los posibles y prácticos aliados sociales intersectoriales para aumentar la percepción y la demanda respecto de un determinado programa de desarrollo, para desarrollo, para ayudar en la provisión de recursos y servicios y para fortalecer la participación comunitaria en la sostenibilidad y la autoconfianza.”<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> BELTRÁN, Luis Ramiro. “*La Salud pública y la comunicación social*”. En: Taller de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva; Cochabamba Bolivia, 8 al 22 de marzo de 1998; Pág. 58

La movilización social pretende la unificación de fuerzas de diversos sectores sociales creando un compromiso social para el respaldo de programas de acción en beneficio de una causa de bien común. En el área de la salud, se busca promover condiciones adecuadas condicionada por factores políticos, económicos, sociales, ambientales, conductuales y biológicos para la promoción de la salud,

- c. Animación a la Participación Comunitaria: es el hecho de involucrar a la población en la conducción de acciones, haciéndolos conscientes de su responsabilidad en cuanto a su salud y bienestar, así también de los del resto de su comunidad, esto mediante la capacidad de contribuir al desarrollo. Según algunas experiencias a nivel nacional e internacional, se puede ver que en algunos casos donde la comunidad tiene una actitud pasiva y de total dependencia frente a los gobernantes no se cuenta con este apoyo, dejando todas las decisiones y acciones en manos de este. Por otro lado, se contó con experiencias tales que se tuvo el apoyo esperado, en este aspecto se puede ver que la estrategia de comunicación es efectiva si se cuenta con un proyecto de comunicación educativa que alcance a involucrar, con elementos que conviertan a los individuos en sujetos activos.

Según Luis Ramiro Beltrán, el éxito de esta estrategia depende no sólo del armado de la misma, sino del análisis de la situación de cada población, pues las herramientas que se apliquen en una, pueden no tener el mismo efecto en otra, debido a diferencias económicas, políticas, sociales y culturales.

“Es la activación sistemática del proceso de intervención autónoma y dinámica, de las agrupaciones básicas de la sociedad en la toma de decisiones y en la conducción participativa o autogestionaria de los programas de desarrollo,

respecto a los servicios de salud, nutrición, educación, cultura, comunicación social, vivienda, transporte y protección del medio ambiente”.<sup>52</sup>

- d. Inducción al cambio de conductas individuales: es el mecanismo de influencia social desinteresada, por el cual se busca persuadir para que no adopten que busca persuadir a las personas y ayudarlas para que adopten conocimientos, actitudes y prácticas propicias a la salud.<sup>53</sup>
- e. Capacitación formal: es el proceso de enseñanza-aprendizaje en aula por el cual las instituciones en salud procuran modificar la orientación, las aptitudes y el comportamiento de su personal de manera que éste se ponga al día con las nuevas políticas y estrategias para la salud que ahora norman el cumplimiento de sus funciones.<sup>54</sup>
- f. Entretenimiento educativo, es la técnica de enseñar deleitando al recomendar conocimientos, propiciar actitudes y proponer prácticas en forma amena, recurriendo a actividades entretenidas de fácil acceso para toda la población<sup>55</sup>.

### 3.5.3 Plan de comunicación<sup>56</sup>

El Plan de Comunicación es una herramienta de acción para desarrollar las actividades contempladas en la estrategia de comunicación, el plan de comunicación debe tomar en cuenta los objetivos estratégicos planeados con anticipación. Es así que el plan de comunicación es la herramienta por la cual se esclarecen todas las actividades tomando en cuenta los tiempos, los costos para realizarse. Dentro del campo social, y de la comunicación

---

<sup>52</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011 Pág. 56

<sup>53</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011 Pág. 56

<sup>54</sup> IBID

<sup>55</sup> IBID

<sup>56</sup> Ver Cita 29



para la salud, Luis Ramiro Beltrán conceptualiza al plan de comunicación como: “conjunto de previsiones operativas detalladas para producir y distribuir entre la población mensajes que divulguen conocimientos, propicien actitudes y propongan prácticas convenientes para el cuidado de la salud”.<sup>57</sup>

Según Luis Ramiro Beltrán, el Plan de Comunicación es un instrumento que realiza una planificación de acciones a corto plazo, dando el soporte para la organización de las actividades a realizarse, obteniendo un detalle de los resultados, midiéndolos y reorganizando las acciones para mejorar las campañas. El Plan de Comunicación detalla las herramientas a aplicarse para llegar al público y las actividades de interrelación, planteando indicadores de éxito que ayudarán a medir si los efectos son los esperados. La estructura del plan de comunicación debe contemplar:

- a. Análisis FODA<sup>58</sup>, contiene la información del estudio del entorno interno y externo.
- b. Antecedentes, mediante la descripción de la situación con el planteamiento del plan.
- c. Objetivos, los cuales deben ser medibles, manejan una correlación para establecer las actividades a desarrollar.
- d. Público Objetivo, es importante contemplar las características del grupo objetivo para visualizar los medios y los contenidos con los cuales se podrá llegar a ellos.
- e. El mensaje, considerando el contenido y la forma de los mensajes.
- f. Acciones, son todas las actividades y los medios con los que se contará para desarrollar el plan.
- g. Cronograma, es la planificación temporal de las acciones.

---

<sup>57</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011 Pág. 57

<sup>58</sup> FODA, es el análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que deben ser intervenidas para la realización de proyectos para el logro de los objetivos, permite realizar un diagnóstico dinámico de la situación. (ILPES/CEPAL, 2009)

- h. Presupuesto, es la planificación económica de los recursos que se utilizarán en la aplicación del plan, contemplando todas las etapas, insumos, productos y recursos humanos.
- i. Control y seguimiento, es la medición del cumplimiento de los objetivos, mediante el control de indicadores de éxito planteados en las acciones que se desarrollarán.

### **3.6 Promoción de la Salud<sup>59</sup>**

La salud es un derecho humano universal y fundamental, reconocido por todos los estados y seres humanos, la priorización de su cuidado es un tema de relevancia en todo el mundo, este cuidado se da con el impulso de promoción de la salud, considerando como punto central la prevención de enfermedades. De acuerdo con Luis Ramiro Beltrán, es “el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla”<sup>60</sup>.

Esta afirmación nace a partir de la Primera Conferencia sobre Promoción de la Salud, realizada en Canadá en 1986, donde se explica que la promoción no es solamente promover estilos de vida saludables, sino la toma de medidas para ofrecer condiciones básicas de vida, como ser: alimentación, educación, un lugar digno para vivir, trabajo, paz, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad para la población, considerando que la salud no es simplemente la carencia de enfermedad física sino el completo bienestar del ser humano, tanto físico, económico, social, cultural y ambiental. Por esto se determina a la Promoción de la Salud como una prioridad de los todos los estados.

En 1990 se realizó la “XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana” en Latinoamérica, donde se plasmaron nuevos lineamientos de trabajo en el documento “Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana en el cuatrienio 1991-1994”

---

<sup>59</sup> Ver cita<sup>29</sup>

<sup>60</sup> BELTRÁN, Luis Ramiro. “*La Salud pública y la comunicación social*”. La Paz – Bolivia 1998. En: Taller de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva; Cochabamba Bolivia, 8 al 22 de marzo de 1998. Pág. 8

considerando las determinaciones de “Declaración de Alma Ata”<sup>61</sup> y la “Carta de Ottawa”<sup>62</sup>, buscando alcanzar la meta “Salud para todos en el año 2000”.

En la conferencia se identifica que “la promoción de la salud por su complejidad e importancia debe abarcar diversos campos, que deben ser complementarios y trabajar en conjunto, como ser la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación de políticas, la organización, la participación de la población y la búsqueda de una reorientación de los servicios de salud”, según indica Luis Ramiro Beltrán<sup>63</sup>.

Dentro de la organización del trabajo de la promoción de la salud se indicaron parámetros de la función que tiene la promoción, mediante la elaboración de seminarios se pudo debatir temáticas dedicadas a insertar esta nueva política a nivel mundial<sup>64</sup>.

En 1991, la OPS formuló el Programa Regional de Promoción de la Salud, organizándose en 1992 el “Plan de Acción 1992-1995”, que tiene como meta operativa principal la generación de acciones de Promoción de la Salud con participación y compromiso de distintos sectores sociales, compartiendo responsabilidades para mejorar la calidad de vida, esperándose en los 15 países miembros acciones que sistematicen programas específicos de Promoción de la Salud. Dentro del Plan se incluye el papel de la comunicación y la información para apoyar el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) con énfasis en la orientación preventiva de los programas y el mejoramiento de la eficiencia y la calidad de atención, el trabajo está enmarcado en dos estrategias globales, la primera es la Movilización Social, buscando el apoyo político técnico y financiero, incrementando el conocimiento, generando

---

<sup>61</sup> La declaración de Alma – Ata se establece en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF en Alma – Ata, Unión Soviética en 1978; con la asistencia de delegados de 134 naciones. Donde se declara la premisa Salud para Todos.

<sup>62</sup> La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud es un documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986.

<sup>63</sup> Ver Cita 29

<sup>64</sup> Ver Cita 29

cambios de comportamiento en la población, mejorando el estilo de vida. La segunda es el Impulso mediante la priorización del Programa, mejorando el uso de la comunicación social, y el manejo de información con cooperación técnica internacional.

El Convenio Hipólito Unanue, conformado en 1971 por Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, lanzó en 1987 un esfuerzo especial llamado Cooperación Andina de Salud, que consta de 5 estrategias:

- a. Desarrollo de los servicios de salud especialmente en los sistemas locales.
- b. Protección a la salud materno-infantil.
- c. Control de enfermedades infecto-contagiosas como ser cólera, Tuberculosis y malaria.
- d. Prevención y control de la farmacodependencia.
- e. Sanidad Ambiental con énfasis en provisión de agua potable, saneamiento de aguas servidas y disposición de excretas.

Dentro de este convenio se determina que la salud y la nutrición son requisitos indispensables para el desarrollo económico y social de los pueblos.

Según nuestra Constitución Política del Estado y el Código de Salud (Ver Anexo N°3), se debe tomar a la Promoción de la Salud como una prioridad dentro del sistema de salud, con la creación de políticas que puedan fomentar un estilo de vida saludable, otorgándole un papel preferencial mediante el apoyo financiero.

### **3.6.1 Comunicación para la promoción de la Salud<sup>65</sup>**

La promoción de la salud es actualmente una prioridad a nivel mundial debido a la importancia de la salud preventiva, mediante la generación de políticas, estrategias y planes

---

<sup>65</sup> Ver Cita 29

que sirvan para crear un cambio de comportamiento hacia actitudes apropiadas y saludables en la población, para alcanzar esta meta se debe complementar el trabajo del área de salud y de sus profesionales, relacionando el trabajo en conjunto con otras áreas, como por ejemplo la comunicación social, con la aplicación de herramientas que aporten a la promoción de la salud. Para Luis Ramiro Beltrán “la comunicación es un componente esencial y crucial para la promoción de la salud”<sup>66</sup>. Es importante tomar en cuenta la diferencia entre “estrategia de promoción de la salud” y “estrategia de comunicación en respaldo de la promoción”.

La aplicación de las estrategias de comunicación para la Promoción de la Salud debe tomar en cuenta lineamientos estratégicos dirigidos a la concientización, movilización y educación, identificando de antemano el público, objetivos y canales a utilizarse.

La promoción debe apuntar a un conjunto de profundos cambios de comportamiento en lo particular, lo comunitario y lo institucional, sobre la base de tres líneas de acción:

- a. Fomento de estilos de vida saludables.
- b. Habilitación que aumente la capacidad de control sobre la prestación de servicios benéficos para su salud
- c. Implantación de las condiciones estructurales que hagan posible la salud plena y efectiva para toda la población, considerándolas de acuerdo a características específicas en el ámbito político, sociocultural y físicas.

**Cuadro N° 2. Condiciones Estructurales para lograr el Cambio de Comportamiento**

POLÍTICAS	SOCIOECONOMICAS CULTURALES	FÍSICAS
Equidad	Alimentación	Ecosistema saludable

<sup>66</sup>BELTRÁN, Luis Ramiro. “La Salud pública y la comunicación social”. La Paz – Bolivia 1998. En: Taller de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva; Cochabamba Bolivia, 8 al 22 de marzo de 1998. Pág. 61

POLÍTICAS	SOCIOECONOMICAS CULTURALES	FÍSICAS
Justicia	Vivienda decorosa	Recursos Sostenibles
Paz	Ingreso razonable	
	Educación básica	

Fuente: Luis R. Beltrán (1998)

### 3.6.2 Comunicación para el Cambio de Comportamiento<sup>67</sup>

Según Luis Ramiro Beltrán, la comunicación para la salud, tiene como fin la obtención de cambio de comportamiento, propiciando actitudes saludables para alcanzar un bienestar del individuo, y de la sociedad en general.

El Cambio de Comportamiento logrará un despertar emocional en el espectador, con la aplicación de una **estrategia comunicacional** que proporcione la dirección para la elaboración de mensajes y materiales a todo el personal del programa. Para lograr la eficiencia de la estrategia se debe considerar en el planeamiento estratégico 8 etapas:

- a. Definición del problema.
- b. Identificación y análisis del público.
- c. Investigación sobre aspectos de comunicación.
- d. Formulación de Objetivos.
- e. Elaboración de mensajes.
- f. Selección de medios.
- g. Implementación.
- h. Evaluación.

Asegurando que los mensajes que se diseñan se introduzcan y distribuyan llegando a ser de conocimiento público, de acuerdo a los fines del programa.

<sup>67</sup> Ver Cita 29

Según Luis Ramiro Beltrán<sup>68</sup>, para alcanzar la eficacia en la estrategia, las campañas deben enmarcarse dentro de una estrategia global, deben combinar acciones de comunicación interpersonal, como producto de un proceso de diseño, ensayo, producción y evaluación.

La comunicación preventiva busca inhibir comportamientos no saludables y propiciar aquellos que favorecen la salud y protegen la vida, elaborando estrategias que controlen conductas, con la aplicación de rigurosos y detallados planes estratégicos. Apoyando las estrategias de comunicación con enfoque preventivo estructural con acciones como ser:

- a) Construir una red nacional sobre la materia y relacionarla con otros países.
- b) Compilar normas legales relacionadas.
- c) Montar un plan permanente de comunicación masiva por medios múltiples.
- d) Capacitación en comunicación (relacionada al foco de la estrategia).
- e) Respaldo de comunicación masiva e interpersonal a proyectos de desarrollo dirigido.
- f) Hacer investigación formativa y evaluativa para cuestiones de comunicación.
- g) Uso de recursos pedagógicos en la elaboración de mensajes,
  - Los mensajes deben ser sistematizados y estar ligados a la estrategia general.
  - Los mensajes deben ser precisos.
  - Los mensajes deben ser conocidos para el público.

Las campañas que utilizan medios de comunicación masiva deben reforzarse con el uso de comunicación interpersonal, ubicando como un recurso el uso adecuado de la comunicación por parte del personal de salud. De acuerdo a las recomendaciones de Luis Ramiro Beltrán, el uso de entretenimiento para la educación aporta al buen entendimiento de la misma.

---

<sup>68</sup> BELTRÁN, Luis Ramiro. *“La Salud pública y la comunicación social”*. La Paz – Bolivia 1998. En: Taller de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva; Cochabamba Bolivia, 8 al 22 de marzo de 1998.

### 3.6.3 Información, Educación y Comunicación (IEC)<sup>69</sup>

Como soporte a las acciones de comunicación surge la necesidad de aplicar herramientas como son la Información, Educación y Comunicación, las tres (IEC). Según Luis Ramiro Beltrán<sup>70</sup> el manejo de estas se constituye en una trilogía sistemática funcional, integradas dentro de un “proceso de modelación de conductas en escala multitudinaria”, para comprender mejor cada función, es importante la definición de cada una sobre la base de características individuales.

- a) Información: responsables de sensibilización y de activación de opinión pública en pro de alguna causa impulsando la movilización social en pro de la salud e implantar en la mente del público imágenes institucionales convenientes.
- b) Educación: impartir instrucción formal para capacitación a nivel profesional y no profesional. Se debe tomar en cuenta cambios de mentalidad y destrezas que se demandan hoy de los profesionales de salud. La educación tradicional para la salud es poco creativa y no vincula la producción de los mensajes con la disponibilidad de los productos y que sus métodos han probado tener escasos o ningún impacto en comportamientos o en el estado de la salud.
- c) Comunicación: brindar educación no formal a distancia o en forma presencial pero extramural. También fomentar animaciones comunales y participación popular.

---

<sup>69</sup> Ver Cita 29

<sup>70</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011.



**Cuadro N° 3. Funciones por Medio de Información, Educación y Comunicación**

<b>FUNCIONES</b>	<b>PROPÓSITOS PRINCIPALES A QUE SIRVEN</b>	<b>CANALES QUE USUALMENTE SE EMPLEAN</b>	<b>PÚBLICOS A QUE SE DIRIGEN</b>	<b>PRINCIPALES COMPETENCIAS REQUERIDAS</b>
<b>INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un clima general propicio.</li> <li>- Divulgar conocimientos</li> <li>- Forjar actitudes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medios de contacto interpersonal, masivo y a distancia.</li> <li>- Teléfonos.</li> <li>-Correo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- General.</li> <li>- Líderes de opinión.</li> <li>- Forjadores de decisión sobre asuntos de interés colectivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Periodismo.</li> <li>- Publicidad.</li> <li>- Relaciones públicas.</li> <li>- Encuestas de opinión.</li> <li>- Mercadeo social.</li> </ul>
<b>EDUCACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impartir orientaciones y destrezas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos de contacto interpersonal, formal y presencia en aula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maestros</li> <li>- estudiantes de primaria y secundaria.</li> <li>- Estudiantes de universidades e institutos de salud.</li> <li>- Funcionarios del sector salud (médicos, enfermeras, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedagogía</li> <li>- Psicología educativa.</li> <li>- Técnicas de contacto individual</li> <li>- Dinámicas de grupo</li> </ul>
<b>COMUNICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgar conocimientos.</li> <li>- Forjar actitudes.</li> <li>- Inducir prácticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medios de contacto interpersonal, masivo y a distancia.</li> <li>- Recursos de contacto interpersonal y presencia fuera del aula y no formal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuos, grupos y masas de interés como beneficiarios de programas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principios de comunicación para el desarrollo.</li> <li>- Técnicas de contacto individual, de grupos y de masas.</li> <li>- Antropología cultural.</li> <li>- Psicología social</li> </ul>

Fuente: Luis R. Beltrán (2011)

La Estrategia IEC busca estimular a la población a acciones que fomenten ideas saludables para el individuo generando movimientos colectivos de conservación de la salud y búsqueda de ayuda, cuando la necesite. Según Luis Ramiro Beltrán<sup>71</sup>, la estrategia IEC desarrollada a fondo puede ayudar a lograr forjadores de decisiones, así como una ampliar la percepción de la salud como un asunto de importancia nacional en el público en general; puede ayudar a transformar esa percepción en decisiones y comportamientos entre las comunidades y los

<sup>71</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011.

gobernantes; puede movilizar a sectores de la sociedad para que participen efectivamente en programas específicos, ayuda a sostener acciones en ciertas direcciones programáticas y establece bases para intervenciones en salud. Siendo un componente esencial de la movilización social en pro de la salud.

Dentro de los desafíos de la IEC está ayudar a acelerar y expandir masivamente los esfuerzos de los servicios de salud para cumplir las metas señaladas. Aportar con avances tecnológicos en comunicación. Los conocimientos no estaban a disposición de quienes más lo necesitaban. Los especialistas deben formar parte del nivel superior de planificación de programas y no sólo ser recursos externos.

Para que la estrategia IEC sea viable se debe contemplar:

- a) Capacidades creativas para modelar comportamientos colectivos para mejorar la salud pública.
- b) Las autoridades IEC deben tener jerarquía y recursos adecuados para apoyarlos óptimamente.
- c) Formulación de políticas y aprobación de legislación en materia de comunicación en general y comunicación para la salud en particular.
- d) Respaldo de un régimen de investigación, fiscalización y evaluación eficiente que sustente la calidad y efectividad de operaciones.
- e) El personal debe ser calificado, bien remunerado decorosamente y considerado en un plano igual con los demás miembros del personal de salud.
- f) Los órganos de IEC en instituciones nacionales debe ser fortaleciendo y mejorado, también capacitando y coordinando interinstitucional (comunicadores y personal de salud).

- g) El personal de IEC debe cultivar relaciones con profesionales de los medios masivos de comunicación para lograr su apoyo y brindarle orientación y capacitación sobre el campo de salud.
- h) Personal de IEC debe forjar alianzas cooperativas con instituciones y agrupaciones afines a la salud, así como con agrupaciones profesionales del ramo y con entidades de comunicación.

### **3.7 Interculturalidad.**

La palabra interculturalidad proviene del latín *inter* que significa entre<sup>72</sup> y cultura como “conjunto de rasgos compartidos y transmitidos por un determinado grupo humano que sirven para organizar su forma y estilo de vida, darle identidad y diferenciado de otros grupos humanos”<sup>73</sup>.

Según Jaqueline Micheaux (2004), la interculturalidad es “un proceso natural que está basado en tres raíces que son la afectiva, cognitiva y política, comprendida como las relaciones simétricas y horizontales entre dos o más culturas, a fin de enriquecerse mutuamente y contribuir a mayor plenitud humana”<sup>74</sup>, es decir, son aquellas actitudes que adoptan los individuos en un proceso de intercambio, este debe estar enmarcado en el margen de la comprensión de la diversidad, dentro de un equilibrio donde se tome a todos los integrantes como iguales. Para Xavier Albó *la* “Interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura”<sup>75</sup>

Joseph Estermann, explica distintos niveles<sup>76</sup> de interculturalidad, como son:

---

<sup>72</sup> ESTERMANN, Joseph. “Interculturalidad. Vivir la diversidad”. Editorial ISEAT, 2010. Pág. 33

<sup>73</sup> ALBÓ, Xavier. “*Iguals, aunque diferentes*” 4ta ed. La Paz – Bolivia. CIPCA – UNICEF, 2002. Pág. 74

<sup>74</sup> MICHAUX, Jacqueline. “*Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida*” en FERNANDEZ, J. Gerardo. “*SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA. Perspectivas antropológicas*” Quito-Ecuador, Editorial Abya – Yala, 2004. Pág. 33

<sup>75</sup> ALBÓ, Xavier. “*Interculturalidad y Salud*” en FERNANDEZ, J. Gerardo. “*SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA. Perspectivas antropológicas*” Quito-Ecuador, Editorial Abya – Yala, 2004. Pág. 65

<sup>76</sup> ESTERMANN, Joseph. “*Interculturalidad. Vivir la diversidad*”. Editorial ISEAT, 2010. Pág. 56-59

- a) Nivel Personal, es el encuentro de dos personas de distintas culturas donde interviene la diferencia cultural, en este nivel se debe tomar en cuenta las costumbres, los símbolos, hábitos y comportamientos que están dentro de su cultura, para que este encuentro tenga un buen resultado, se deben eliminar todos los prejuicios culturales.
- b) Nivel de grupos culturales y/o étnicos, se realiza entre dos grupos culturales distintos o similares que interactúan en un espacio, puede llegar a chocar o a complementarse, pero requiere de ciertos encuentros para realizarse.
- c) Nivel de culturas y civilizaciones, refiere a un análisis profundo de las culturas y se da en un escenario de debate intercultural respondiendo a distintos intereses, estos determinados por la cultura que se representa. Este nivel al no llegar a un acuerdo puede derivar en problemas entre las culturas.

La interculturalidad por su complejidad tiene una relación directa con distintas áreas, como ser la comunicación, la salud, la educación, la religión, los derechos humanos entre otros.

### **3.7.1 Interculturalidad y salud**

Dentro de los procesos de interculturalidad se encuentra la interrelación con la salud, pudiendo dividirla en dos vertientes, por un lado, está la relación de la medicina tradicional y la medicina científica, y por otro lado la relación que existe entre profesionales en salud y paciente provenientes de distintas culturas. Para esta investigación nos enfocaremos en la segunda relación, (Profesionales en salud-Pacientes) aunque dentro esta veremos la primera. Como explica Xavier Albó (2004), en la relación interculturalidad y salud, debe existir una buena estrategia de comunicación entre los integrantes de ésta, observándose ciertas barreras que pueden influir en la calidad de vida y la sobrevivencia del paciente, debido a ciertos bloqueos que existen entre los profesionales en salud y los pacientes.

- Bloqueos del Profesional en salud.

- a) Lengua, en muchos casos el desconocimiento de la lengua materna del paciente evita que los mensajes tengan el efecto deseado. En muchos casos quienes se encargan de difundir la información traduciendo al médico son los auxiliares o trabajadores del mismo hospital.
  - b) Ritos o hábitos culturales del paciente, en muchos casos el desconocimiento de ritos y costumbres típicos del paciente, pueden lograr un choque en la relación de ambos, produciendo, por ejemplo, en el caso de la tuberculosis, el abandono del tratamiento.
  - c) Discriminación o desprecio social, en muchos casos los médicos tienden a catalogar a los pacientes como ignorantes debido a que estos no logran comprenderlos. De la misma forma se utilizan ciertas palabras ofensivas o tonos elevados de voz, debido a ciertos prejuicios que tiene el profesional en salud frente al paciente.
  - d) Intransigencia frente a la medicina tradicional, si bien actualmente muchos de los médicos se informan sobre los procedimientos de la medicina tradicional, existen quienes llegan a menospreciarlos, esto puede ocasionar que el paciente se sienta discriminado.
- Bloqueos del paciente.
- a) Poca familiaridad con médicos en comunidades, en muchas comunidades el personal de salud va rotando cada cierto tiempo, recibiendo a nuevos médicos, que comúnmente se encuentran haciendo su año de provincia o están designados por el Ministerio de Salud a cubrir cierta cantidad de horas en estos centros de salud, los comunarios no llegan a familiarizarse, demostrando desconfianza en ellos y no asistiendo a estos centros por éste motivo.
  - b) Miedo a hospitales o centros de Salud, los pacientes que se ven obligados a viajar a la ciudad más cercana por presentar síntomas que requieren de visitas a especialistas

o estudios más específicos, muestran temor a este viaje, por considerarla una antesala a la muerte, por la gravedad de la enfermedad, o incomodidad por el costo que representa el viaje.

- c) Rechazo a la medicina científica frente a la tradicional, la familiaridad con los procedimientos de la medicina tradicional, hacen que muchos pacientes duden de la medicina científica, quitándole credibilidad y logrando que el rechazo sea de tal magnitud que el paciente prefiera dejarse morir antes de visitar a un médico.

### **3.7.2 Comunicación Intercultural**

Nuestro país cuenta con una rica diversidad cultural, por ello es necesario tomar en cuenta una Comunicación intercultural”, definida por Roberto Rodríguez González (2007) como "proceso de intercambio de información entre individuos y grupos que poseen diferencias culturales reconocidas en las percepciones y formas de conducta que pueden afectar significativamente la forma o resultado del encuentro".

La comunicación intercultural es la interacción entre dos o más individuos pertenecientes a culturas distintas, Joseph Estermann (2010), define este proceso como “Dos o más personas pertenecientes a distintas culturas entran en negociación sobre significados comunes en una interacción verbal o no verbal”,<sup>77</sup> lo cual dentro del proceso implica ciertas bases para lograr el entendimiento.

Según Alejandro Grimson, “Para poner en común, se supone, tiene que haber algo previo en común, un sentido compartido de ciertas cosas. Para entender el mensaje debo conocer el código de mi interlocutor”. Es decir, si la definición de comunicación es poner algo en común, se debe tomar en cuenta un proceso correcto de comunicación, por ello tiene que

---

<sup>77</sup> ESTERMANN, Joseph. *“Interculturalidad. Vivir la diversidad”*. Editorial ISEAT, 2010. Pág. 16.

existir una intención de comprender el entorno de los interlocutores, el contexto del que provienen, y que la información debe ser de común entendimiento para ambos.

El proceso de comunicación intercultural, se debe llevar a cabo eliminando barreras propias de la diferencia cultural como pueden ser la lengua, las costumbres culturales, los prejuicios personales hacia otras culturas, el etnocentrismo,<sup>78</sup> la ignorancia, todas las que pueden llegar a impedir que exista una comunicación eficaz.

Para lograr una comunicación intercultural se debe tener en cuenta un lenguaje común entre los implicados, así como ciertos parámetros como ser la empatía,<sup>79</sup> la meta comunicación,<sup>80</sup> un conocimiento de la cultura ajena y un reconocimiento de la cultura propia. El lenguaje, se debe tomar en cuenta tanto el verbal como el no verbal, (Ver Tipos de Comunicación), buscando que el interlocutor se sienta familiarizado con los movimientos corporales y gestuales, como son las posturas, las muecas de la cara, las miradas; la proxémica, la distancia entre los interlocutores, el contacto que pueda existir entre ellos; la voz, entonación, volumen, silencios, velocidad con la que se habla.

### **3.7.3 Productos para medios de comunicación masiva**

#### **a. Cuña**

Las cuñas<sup>81</sup> son mensajes radiales cortos que se emiten durante la programación. Su duración es de aproximadamente 30 segundos, aunque puede variar según el contenido, extendiéndose como máximo a 60 segundos, situación no muy recomendable por la pérdida de atención de los radioescuchas. Generalmente son muy utilizados por los publicistas con el objeto de

---

<sup>78</sup> *Etnocentrismo: acto de entender y evaluar otra cultura con los parámetros de nuestra propia cultura* (ESTERMANN, 2010)

<sup>79</sup> *Empatía: La empatía es la identificación mental y afectiva de una persona con el estado de ánimo de otra. También se conoce como inteligencia interpersonal, al ser la capacidad cognitiva de sentir, en un contexto común, lo que un individuo diferente puede sentir.* (ESTERMANN, 2010)

<sup>80</sup> *Metacomunicar significa hablar del sentido de nuestros mensajes, pero no sólo de lo que significan sino incluso de que efectos se supone que deberían causar.* (ESTERMANN, 2010)

<sup>81</sup> Aliaga, José Luis "Construyendo el mensaje Radiofónico: Géneros y formatos", p. 81

vender un producto, teniendo como particularidad ser un mensaje repetitivo con la idea de llegar a la mente del consumidor. Según José Ignacio López Vigil, en su libro “Manual Urgente para Radialistas Apasionados<sup>82</sup>” la cuña radial debe repetirse alrededor de 15 veces al día durante 15 días para alcanzar su objetivo y contar con cuatro características:

- **Mensaje Corto**, Argumento sintético que requiere de economía de palabras.
- **Concreto**, planteándose una problemática y una solución apropiada de manera corta, implementando la economía de palabras.
- **Completa**, se busca crear imágenes auditivas con palabras que sugieran escenarios sonoros usando efectos, aprovechando distintos géneros.
- **Creativa**, es la característica más importante en una cuña radiofónica, el éxito del mensaje depende de la creatividad del diseñador.

La cuña puede realizarse con distintos recursos,

- a. Hablada, lo cual a pesar de ser un mensaje corto puede causar rechazo en quienes escuchan, a menos de que cuente con un texto muy original;
- b. Dramatizadas, implementando recursos teatrales para la mejor comprensión del mensaje;
- c. Cuñas cantadas o jingles; cuñas testimoniales, presentando al testigo como recurso;
- d. Cuñas humorísticas implementando el humor como principal recurso.

La cuña tiene una estructura narrativa desarrollada por cuatro partes la llamada, la presentación, la argumentación y la implicación, puede contemplar una o varias voces y distintos efectos sonoros, entre ellos elementos musicales.

---

<sup>82</sup> López+ Vigil, José Ignacio. “Manuel Urgente para Radialistas Apasionados”. P. 443



### **b. Spot**

El spot televisivo es un formato perteneciente al género informativo, puede ser publicitario o propagandístico, según su enfoque y objetivo o vender ideas, puede crear necesidades, ofrecer cambios de vida y mejoras sociales. Tiene una duración de 10 segundos como mínimo y 30 como máximo. Su estructura está basada en tres etapas la de Pre producción, que incluye desde la elaboración de la idea, el History line, el guion literario y el History board, todas son herramientas que sirven para su diseño y para estructurar ordenadamente su realización, en esta etapa se organizan los cronogramas y presupuestos. La producción que es la elaboración del mismo según los diseños preliminares coordinando el trabajo respetando los parámetros de la pre-producción. Y la etapa de Post producción que es la organización del Spot bajo los parámetros designados en la pre-producción, con el avance de la tecnología se implementan apoyos audiovisuales para mejorar el producto.

### **c. Documental**

El documental pertenece al género de la investigación, se estructura con la recopilación de datos, como ser entrevistas, testimonios y todos aquellos aportes que sirven para mostrar visualmente la realidad con el aporte de la valoración y la expresividad reflejada en imágenes, texto y sonidos integrados en un sistema audiovisual. Su elaboración está basada en las mismas tres fases que el Spot, en la Pre-producción, se incluye la investigación documental del tema a tocarse.

El documental puede ser subjetivo, catalogado más como un video artístico y de tratamiento personalista, con recursos abstractos; u objetivo que muestra testimonialmente con imágenes situaciones, este género suele contener una orientación informativa, delatora.

Por su repercusión posterior es tomado como un género de gran magnitud, en muchos casos el valor informativo se impone a deficiencias técnicas.

### **3.7.4 Mini medios de comunicación**

#### **a. Folletos informativos**

Son medios impresos que contienen en la menor cantidad de hojas la información necesaria, sirve como instrumento divulgativo o publicitario. Su forma de distribución es variada: situándolo en el propio punto de venta, mediante envío por correo o buzoneo o incluyéndolo dentro de otra publicación de venta o entre otras cosas<sup>83</sup>.

La confección del folleto puede ser en díptico o tríptico, pero contemplando un número exacto de hojas que contenga toda la información necesaria, no existe un tamaño predispuesto. Su diseño debe contener imágenes, gráficas y texto claro que pueda ser complementado con soportes visuales comprensibles.

#### **b. Tríptico**

Es un recurso de artes gráficas que da soporte informativo, su característica principal es la división de la información en tres secciones, en la portada se identifica a quien emite la información, empresas, instituciones, así como el objeto del tríptico, sea este para la elaboración de una campaña o la venta de un producto, la argumentación se encuentra en las secciones centrales tomando en cuenta un orden adecuado para la mejor comprensión de la información; la contratapa se la utiliza para los datos de localización.

#### **c. Afiche**

Es un medio de comunicación que debe condensar en su contenido la información relevante, de forma llamativa. Una de sus características es el lenguaje sencillo y preciso, logrando reflejar con imágenes y texto corto ideas. Debe ser llamativo para lograr captar la atención del público de manera veloz aportando con la información requerida organizándola

---

<sup>83</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Folleto>

jerárquicamente sintetizando las ideas principales. El afiche contiene tres elementos importantes<sup>84</sup>.

- Imagen o gráfica
- Slogan
- Datos específicos del producto o servicio.

El afiche debe coincidir en forma y contenido, siendo estéticamente apropiado coincidiendo lo que dice con las imágenes que se muestra.

#### **d. Rotafolio**

Es un instrumento implementado para la presentación de ideas, consiste en un formato de hojas expuestas sobre una superficie apoyando la información con imágenes adecuadas para sostener de manera activa una exposición. Esta herramienta suele contener cuatro partes<sup>85</sup>.

- La incentivación inicial: Es una lámina de un cuento o relato que se relaciona con el tema del rotafolio.
- El desarrollo temático: Comprende el grupo de hojas que desagregan al tema central en sus partes principales.
- La síntesis Constituye: la respuesta que se da a la situación del problema.
- La incentivación final: También puede ser una lámina de un relato sobre un tema que cierra la sesión de clases.

---

<sup>84</sup> [www.icarito.cl/enciclopedia/articulo/...y.../51-8789-9-afiche.shtml](http://www.icarito.cl/enciclopedia/articulo/...y.../51-8789-9-afiche.shtml)

<sup>85</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Rotafolio>

## **CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Enfoque de investigación**

El enfoque de investigación es el proceso por el cual se delinearé la investigación, según Hernández, Fernández y Baptista (2007)<sup>86</sup>, éste proceso debe ser sistemático, disciplinado y ordenado. En éste sentido, la determinación dada del enfoque va de acuerdo a los requerimientos de la investigación, planteando un enfoque mixto, es decir, cualitativo y cuantitativo:

“El enfoque mixto es un proceso que recolecta analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema (...) Se usan métodos de los enfoques cuantitativos y cualitativos y pueden involucrar la conversión de datos cuantitativos en cualitativos y viceversa”<sup>87</sup>.

El motivo de la aplicación del enfoque mixto se debe a las herramientas que se utilizaron en el estudio y las características identificadas para realizar el cruce de datos, analizando la información estadística de pacientes que cumplieron tratamiento en el hospital y la información cualitativa extraída de las entrevistas a los pacientes, los profesionales en salud y a los encargados del Programa Contra la Tuberculosis.

### **4.2 Método de investigación.**

El método de investigación es la forma como lograremos realizar la investigación, es este entendido se y por los fines del presente estudio se utilizará el método Exploratorio:

---

<sup>86</sup> HERNANDEZ S., Roberto, FERNANDEZ, C, BAPTISTA, P. “Metodología de la investigación”. 4ta ed. México: Editorial Mc Graw Hill, 2007. Pág. 735

<sup>87</sup> OPCIT. Pág. 755

- Exploratorio debido a ser una investigación no realizada anteriormente que busca aportar nuevos datos a la campaña contra la Tuberculosis, indagando en los efectos de la misma y aportando una explicación a estos.

“Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación, poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes.”<sup>88</sup>

### **4.3 Diseño de Investigación**

Al hablar de diseño de investigación estamos refiriendo a la estrategia con la cual se va a desarrollar la investigación, siguiendo la lógica del enfoque de investigación se plantea el diseño Transversal – Descriptivo:

- Descriptivo: buscando detallar la situación, las características de los individuos involucrados, y el contexto en el cual se desarrolla la campaña, así como la población a la cual pretenden llegar.
- Transversal: desarrollada en un lapso temporal único, el resultado varía según el tiempo en que se realice la investigación por tener sujetos que van cambiando y un entorno dinámico. En su contenido se cruzaron datos sobre tasas de morbilidad y mortalidad debido a la enfermedad, pero al mismo tiempo el nivel de conocimiento y los mensajes que se emite en un tiempo determinado.

---

<sup>88</sup> OPCIT. Pág. 100-101.

## **4.4 Técnicas de Investigación**

### **4.4.1 Recopilación Documental**

La recopilación documental es una herramienta cuya finalidad es *“obtener datos e información a partir de documentos escritos y no escritos, susceptibles de ser utilizados dentro de los propósitos de una investigación en concreto”*<sup>89</sup>.

En la investigación se tomó en cuenta documentos del Programa Nacional Contra la Tuberculosis, de la misma forma aquellos documentos son la base para poder explicar la labor que cumple la comunicación dentro del área de salud.

### **4.4.2 Observación**

Tomando la Observación como un método científico de investigación, el uso de ésta técnica refiere a *“utilizar todos los sentidos hechos y realidades sociales presentes y a gente en el contexto real en donde desarrolla normalmente sus actividades”*<sup>90</sup>.

Para poder realizar un completo análisis de la situación de la Tuberculosis es necesario utilizar una técnica con estas cualidades para poder comprender el comportamiento de ciertos pacientes, de la misma forma verificar los procesos comunicacionales y relaciones interpersonales entre el personal de salud y quienes acuden al Hospital de Clínicas.

### **4.4.3 Entrevista estructurada**

La entrevista estructurada:

“Llamada también formal o estandarizada (...) se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado, a través de una

---

<sup>89</sup> ANDER-EGG, Ezequiel. *“Técnicas de investigación Social”*. 23 ed. Buenos Aires: Editorial Magisterio del Río de la Plata, 1993. Pág. 213.

<sup>90</sup>OPCIT Pág. 197

lista de preguntas establecidas con anterioridad en el cuestionario se anotan las respuestas, en unos casos de manera textual y en otros en forma codificada”<sup>91</sup>.

Se utilizó esta técnica de investigación por que aporta datos directos de los involucrados y mediante la aplicación del cuestionario elaborado se puede indagar con mayor profundidad considerando que un beneficio de la entrevista es que recoge información vertida por el entrevistado en sus respuestas y al realizarse frente a frente se puede hallar información en los gestos y movimientos del entrevistado.

---

<sup>91</sup> ANDER-EGG, Ezequiel. “*Técnicas de investigación Social*”. 23 ed. Buenos Aires: Editorial Magisterio del Río de la Plata, 1993. Pág. 227

## **CAPÍTULO 5. MARCO REFERENCIAL**

### **4.5 Hospital de Clínicas.**

El Hospital de Clínicas es considerado un centro de referencia regional y nacional, Depende del Servicio Departamental de Salud (SEDES La Paz), del Ministerio de Salud, de la Gobernación del Departamento y del Honorable Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, es calificado como Hospital Universitario por aportar en la formación de recursos humanos de pre y post grado en salud. Desde 1920, brinda atención especialmente a la población de bajos recursos económicos. El Hospital de Clínicas, obtiene la categoría de Centro de Salud de Tercer Nivel y Alta Complejidad, debido a que cuenta con todas las especialidades médicas.

#### **4.5.1 Breve Historia del Hospital de Clínicas<sup>92</sup>**

El Complejo Hospitalario Miraflores, del cual es parte el Hospital de Clínicas, fue levantado desde 1913 hasta el 20 de julio de 1920. El proyecto fue elaborado por Emilio Villanueva, creador de obras como el antiguo Estadio Hernando Siles, Palacio Consistorial, entre otros.

La compra del terreno y la construcción de la edificación fue con el dinero recaudado de la venta del Hospital Santa Bárbara y San Juan de Dios, a través de una ordenanza municipal se adquirió los terrenos en 1913 y se comenzó con la construcción del pabellón central del hospital. La edificación con características arquitectónicas francesas, similares a las del Hospital Lariboisiere en París, se construyó en la zona del Valle de los Muertos pues se cree que antes era un cementerio.

Cuando inició con sus actividades contaba con 200 funcionarios y con las especialidades de Medicina General, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia. Inicialmente fue administrado por

---

<sup>92</sup> Con motivo de esta investigación se tomó algunos datos de la creación del Hospital de Clínicas, para explicar la trascendencia del mismo como una referencia.



las Religiosas de la Orden de Santa Ana hasta la década del '60, sin embargo, se quedaron prestando servicio y respaldando a la administración hasta la década del '80. En las décadas siguientes del '70 al 2000, la administración fue dependiente del Gobierno Municipal de la Paz de acuerdo a diferentes modalidades como la Ley de Participación Popular y descentralización administrativa y actualmente está en transición pasando a depender de la Gobernación de La Paz.

#### **4.5.2 Ubicación geográfica**

El Hospital de Clínicas está ubicado en la Zona de Miraflores, en la Avenida Saavedra N° 2445, es parte del Complejo Hospitalario Miraflores, compartiendo espacio con el Instituto Nacional del Tórax, el Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés, el Instituto Nacional de Oftalmología, el Instituto nacional de salud Ocupacional, el Instituto Boliviano de Biología de Altura, Banco de Sangre, la Morgue Forense<sup>93</sup>, el Hospital de la Mujer, estos centros están en el terreno interno del complejo y de manera externa están el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", el Instituto de Medicina Nuclear y el Laboratorio INLASA (Ver Anexo N°2).

El Hospital se encuentra entre el Cuartel del Estado Mayor y el Hospital Militar COSSMIL<sup>94</sup>, frente Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, ubicación que resulta adecuada para los estudiantes de la universidad para que puedan realizar sus prácticas y estar en contacto con salas del nosocomio desde el inicio de la carrera. También resulta práctico para aquellos docentes que trabajan en este Hospital.

---

<sup>93</sup> El Hospital de Clínicas cuenta con morgue propia

<sup>94</sup> COSSMIL Corporación del Seguro Social Militar

### **4.5.3 Características actuales del Hospital de Clínicas**

Actualmente el Hospital de Clínicas es uno de los Hospitales de tercer nivel con mayor afluencia de pacientes, tanto en las unidades de internación como en Consulta Externa.

La capacidad del Hospital es de 325 camas y en consulta externa recibe día a día un total de 200 pacientes, esto sin tomar en cuenta los pacientes que ingresan por la sala de emergencias.

La centralización de información acerca de los pacientes está a cargo del Departamento de Estadística e Informática, es allí donde se concentran las Historias Clínicas de todos los pacientes.

### **4.5.4 Organización del Hospital de Clínicas**

El Hospital de Clínicas cuenta con una organización jerárquica (Ver Anexo N°1), que tiene en la parte superior la Dirección General única para las tomas de decisiones, el Director del Hospital es elegido por méritos y tomando en cuenta la trayectoria en el nosocomio. En el segundo nivel existen dos Sub Direcciones, una médica y otra administrativa.

- a) Sub Dirección Médica: es la encargada del control de los seis departamentos en los que se engloban las Unidades por especialidades médicas y de investigación, siendo un total de 34 unidades a cargo de los departamentos, en este grupo se encuentran los servicios de Apoyo, como ser el de Nutrición, Trabajo Social, farmacia y epidemiología.
- b) Sub Dirección Administrativa: responsable del control administrativo, tanto de recursos humanos como financieros.

## **4.6 Recursos Humanos.**

El Hospital de Clínicas actualmente cuenta con 594 funcionarios que trabajan en este nosocomio, dividido en el área administrativa y en las unidades de salud, que está compuesta

por profesionales en salud, trabajadores en Salud y otros profesionales responsables de áreas de apoyo, como ser Asesoría Legal y Trabajo Social.

Entre los responsables del área de salud, cuenta con el apoyo de residentes<sup>95</sup> que rotan en las distintas unidades, según la especialidad. También recibe a estudiantes e internos del último año de las diferentes carreras de sector salud, psicología y pasantes en administración

**Cuadro N° 4. Distribución de Recursos Humanos Hospital de Clínicas**

	Médicos	Enfermeras	Nutricionistas	Trabajadores en Salud	Administrativos
<b>Ítem</b>	105	150	6	200	50
<b>Contratados</b>	13	28	2	30	-
<b>HIPIC</b>	6	4	-	-	-
<b>Total por área</b>	124	182	8	230	50
<b>Total</b>	594				

Fuente: Elaboración Propia sobre la base de información de Recursos Humanos Hospital de Clínicas en marzo de 2012

#### 4.7 Recursos Económicos.

Los ingresos del Hospital de Clínicas están diversificados, por un lado, recibe fondos para el pago de sueldos del Tesoro General de la Nación, mediante el Servicio Departamental de Salud, SEDES, destinados también para el mantenimiento y compras, gasto compartido con el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz y la Gobernación de La Paz. Al mismo tiempo, utiliza fondos propios que percibe de las consultas, servicios de laboratorio, y otros, además de los servicios de internación que recibe cada día.

El Hospital de Clínicas, es un centro de salud público que recibe fondos destinados del sistema público de salud y son utilizados para el pago de sueldos, para comprar equipos e

<sup>95</sup> La residencia en el Hospital de Clínicas se realiza bajo modalidad de concurso público desarrollado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) y contempla a estudiantes de distintas Universidades, a nivel nacional e internacional.

insumos, pero en algunos casos no logran cubrir todas las necesidades, por éste motivo recibe el apoyo de voluntariados y otras organizaciones que brindan aportes en insumos, donaciones de equipos y otros aportes que no son económicos, es decir que todo el apoyo que recibe es en insumos, pero no dinero.

#### **4.8 Características de los Usuarios y Pacientes**

Siendo un Hospital público de tercer nivel atiende las necesidades de toda la población sin discriminar a ningún nivel socioeconómico. Considerando que los seguros médicos estatales, semi estatales y privados, además de la medicina privada, atienden a un 40% de la población, el 60% restante acude a este nosocomio para buscar atención en salud, teniendo no sólo los servicios de atención de un centro de tercer nivel, sino que cuenta con las especialidades, servicios de atención primaria y tiene el servicio de Laboratorios, imagenología y farmacia incluidos en el mismo centro hospitalario<sup>96</sup>.

El hecho de recibir a un 60% de la población ocasiona en muchos casos la saturación del servicio, ocasionando en el caso de los pacientes con tuberculosis, que después de detectar la enfermedad y brindar el tratamiento se los derive a centros de salud de primer y segundo nivel para el seguimiento del mismo, de acuerdo al lugar de residencia del paciente.

El Hospital cada día recibe alrededor de 350 pacientes en consulta externa, de los cuales aproximadamente 75 ingresan por el servicio de emergencias, los pacientes que acuden a consulta externa son aquellos que adquieren una ficha y reciben atención de medicina general o directamente en alguna especialidad.

Dentro de las características de los pacientes que acuden al Hospital de Clínicas se encuentran personas de distintos niveles socioeconómicos, debido no sólo al bajo costo en la atención,

---

<sup>96</sup> Información proporcionada por el personal del Hospital de Clínicas

sino al equipamiento, el nivel profesional, su carácter público y por no exigirse ninguna afiliación previa. Entre los pacientes atendidos están personas indigentes que representan un conflicto para la atención por no poder realizarles el seguimiento y control adecuados. Por otro lado, dentro de los seguros sociales se atiende a pacientes del SPAM<sup>97</sup>.

---

<sup>97</sup> Seguro Público del Adulto Mayor

## **CAPÍTULO 6. MARCO NORMATIVO**

En nuestro país la salud es “un derecho de todos”, expresado así en los Artículos 9 y 18 de la Constitución Política del Estado, y en el Artículo 2 del Código de Salud, (Ver Anexo N° 3), viéndola como un derecho para todos sin exclusión. Ambas normas consideran a la salud curativa como una prioridad, pero referencian a la salud preventiva, en la Constitución Política del Estado, siendo una nueva política de estado la priorización de la promoción de la salud en el marco de la salud comunitaria e intercultural. Según la CPE, se deben brindar todos los medios financieros y de recursos humanos para lograr la salud de la población, así como se aclara que se debe brindar las condiciones adecuadas para la preservación de la misma, con salud alimentaria y condiciones de vida dignas. Al especificarse que la salud es un derecho de todos se toma en cuenta que no se debe discriminar por raza, género, nivel económico, credo o religión al momento de atender a todo aquel que requiera de atención médica, tanto en instituciones públicas o privadas de salud.

Así también, dentro del Código de Salud de Bolivia (Ver Anexo N°3) del 18 de Julio de 1978, promulgado mediante Decreto Supremo 15629, se da la potestad al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (actual Ministerio de Salud y Deportes) de tomar todas las medidas necesarias para la planificación y toma de medidas necesarias para llegar a la salud de toda la población, en este, se incluye de manera clara la concientización de la población apoyando actividades IEC con el fin de promover la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, otorgando todos los medios y procedimientos necesarios para la adopción de medidas con el fin de mantener un nivel alto de salud del pueblo. En esta norma se toma en cuenta como uno de los principios fundamentales la prevención aclarando que la población debe ser informada para la conservación, restauración y mejoramiento de la salud.

Las campañas de la Lucha Contra la Tuberculosis así como las acciones que se toman en planes y estrategias se encuentran en políticas gubernamentales generales dedicadas a la erradicación de enfermedades transmisibles, pero actualmente no se cuentan con una política de salud específica para esta enfermedad<sup>98</sup>, tomándosela dentro del marco de las enfermedades transmisibles, es así que las acciones para la lucha de esta enfermedad se las toma como prioridad, otorgándoles todos los medios necesarios, tanto para la prevención como para el control de la misma.

Actualmente una de las labores más importantes delegadas al Ministerio de Salud y Deportes, así como a todas sus dependencias es el trabajo para la promoción de la salud, estando como primera prioridad en nuestro país, esto reflejado en la Nueva Constitución Política del Estado, en el artículo 37. Es en este punto donde no sólo el personal de salud tiene que articular sus acciones con este fin, sino también se debe crear espacios en diversas áreas para poder trabajar con el fin de informar y educar a la población, dando apoyo a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Los manuales, guías, memorias, así como todos los documentos y acciones del Programa Contra la Tuberculosis están respaldados por resoluciones ministeriales, dando valor legal a las mismas, estas resoluciones ministeriales se apoyan en la Constitución Política del Estado, en caso de referir acciones que deban contemplar el uso de recursos del estado se apoya en el artículo 37 de la CPE, donde se establece la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, constituida como una función suprema y primera responsabilidad financiera, priorizando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

---

<sup>98</sup> ASPACONT con el apoyo de sectores sociales están elaborando un Anteproyecto de Ley Contra la Tuberculosis

Por otro lado, se apoya las acciones del Ministro de Salud y Deportes con el Decreto Supremo N°29894 de 07 de febrero de 2009, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, en artículo 14 numeral 22, donde se establece que una de las atribuciones de los ministros y Ministras es emitir resoluciones ministeriales; y con el artículo 90 inciso d, que establece que una de las atribuciones del ministro de salud es garantizar la salud de la Población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

Cabe recalcar que aún no se cuenta en nuestro país con una ley de Lucha Contra la Tuberculosis, pero Asociación de Pacientes con Tuberculosis (ASPACONT), con el apoyo del Programa Nacional Contra la Tuberculosis (PNCT) y la Federación de Juntas Vecinales (FEJUVE) de la ciudad de La Paz están con redactando el proyecto de dicha ley, esto para poder establecer parámetros y reglamentar las acciones que se desarrollan en el proceso de erradicar la enfermedad. Según los delegados de ASPANCONT esta ley servirá, entre otras cosas, para establecer la difusión de la enfermedad reglamentando los parámetros para desarrollar la estrategia de comunicación, así también servirá para poder apoyar a los pacientes defendiendo sus derechos, sobre todo en el ámbito laboral.



## CAPÍTULO 7. LA TUBERCULOSIS

### 7.1 La Tuberculosis

La Tuberculosis es una enfermedad inflamatoria de evolución infectocontagiosa y crónica, causada por diversas especies del género *Mycobacterium*, todas pertenecientes al complejo *Mycobacterium tuberculosis*, o también llamada bacilo de Koch<sup>99</sup>, esta bacteria afecta a distintos órganos como ser el sistema nervioso, el linfático, circulatorio, genitourinario, gastrointestinal, a los huesos y aún a la piel, pero afecta en mayor magnitud a los pulmones. De las personas contagiadas con la enfermedad, desarrollan la forma activa simplemente el 5% al 10%.

Tras el periodo de incubación de la infección, que suele durar entre 3 y 8 semanas, comienzan a manifestarse los síntomas, los más frecuentes, son pulmonares, tos aguda con flemas por más de 15 días a veces con sangre, fiebre, sudoración nocturna, mareos, escalofríos y pérdida de peso, estos son los más evidentes. Al presentar síntomas y tras asistir a la consulta médico se realizan los análisis respectivos, siendo el más preciso el de bacteriología.

Al diagnosticar la enfermedad se inicia el tratamiento, que dura de 6 a 9 meses, si no se interrumpe, lo cual es muy frecuente. La duración del tratamiento en muchos casos puede ser el motivo principal del abandono del mismo. En otros casos el tratamiento quimioterapéutico no tiene el efecto deseado por la resistencia que puede tener la bacteria.

En muchos casos al presentar un cuadro de tuberculosis, es necesario hacer una prueba de VIH, porque el paciente infectado del Virus de Inmunodeficiencia Humana tiene un sistema inmunológico débil.

---

<sup>99</sup> Robert Koch (1843-1910) Bacteriólogo alemán galardonado con el Premio Nobel. Descubrió la bacteria productora de la tuberculosis.

## 7.2 Historia de la Tuberculosis.

La Tuberculosis es una de las enfermedades más antigua en el planeta, tomándosela como una de las primeras enfermedades con constancia desde la antigüedad, por ejemplo, se estima que hace 15.000 y 20.000 años ya existía la bacteria que produce esta enfermedad. Silvano Izquierdo (1943)<sup>100</sup> presenta una cronología de los hitos más relevantes de la enfermedad:

- Hipócrates (Siglo V a.C. – Siglo IV a. C) alrededor de 460 a.C. identifica la Tisis como la enfermedad más frecuente de su tiempo, describiéndola como una enfermedad casi fatal, en la cual ni los médicos visitaban a los pacientes con tal de salvaguardar su reputación.
- Galeno, la describe como tisis, una ulceración de los pulmones y el tórax o garganta acompañada por tos y consunción del cuerpo por pus.
- En Europa se la conoció como la Gran Plaga Blanca, aproximadamente a comienzos del siglo XVII durando 200 años y fue una epidemia donde la muerte de los contagiados era considerada inevitable.
- En 1839, se comenzó a utilizar el término tuberculosis, palabra en latín que significa pequeño nódulo o pequeña protuberancia.
- En 1869, Jean Antoine Villemin demuestra que puede contagiarse la enfermedad, tras inocular material purulento de humanos infectados a conejos de laboratorio.
- En 1882, se descubre el agente infeccioso que la provoca, proliferando los sanatorios para tuberculosos, mejorando su pronóstico y comenzando a cortar la cadena de transmisión.

---

<sup>100</sup> Para fines de la presente Tesis, se extrajo y sintetizó los hitos más relevantes de la historia de la Tuberculosis basando el relato en: IZQUIERDO, L. Silvano. “Historia de la Tuberculosis”. Editorial Moderna Bilbao, 1943

- En 1895, Wilhelm Röntgen descubre los rayos X, lo que permite diagnosticar y seguir la evolución de la enfermedad.
- Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872), quien tras basarse en 123 casos clínicos y varias autopsias, corroboró la teoría de la unicidad y describió varias formas de Tuberculosis extra pulmonar.
- En 1921, Albert Calmette y Camille Guerin producen la vacuna contra la Tuberculosis (BCG), empleando una variante atenuada del *Mycobacterium bovis*.
- En 1944, en plena Guerra Mundial, Albert Schatz y Salman Waksman descubren a partir de un pequeño hongo capaz de inhibir el crecimiento del *Mycobacterium* denominado *Streptomyces griseus* la estreptomicina.

En 1985, la OMS comienza una estrategia masiva de vacunación para inmunizar a cada niño en el mundo contra la tos ferina, el tétanos, la polio, la tuberculosis, el sarampión y la difteria.

### **7.3 Complicaciones.**

La Tuberculosis es una enfermedad que si sigue un tratamiento adecuado puede ser eliminada del organismo de manera efectiva, a menos que se presenten complicaciones que logren afectar en mayor medida la salud del paciente.

El contagio de la enfermedad a diferentes órganos es una de las complicaciones más frecuentes, se la denomina Tuberculosis Extra pulmonar, tienen una relevancia particular, en estos casos se transfieren los casos a otros especialistas de cada área. Entre los casos de Tuberculosis Extrapulmonar más comunes se puede ver: hemoptisis, neumotórax secundario, insuficiencia respiratoria, bronquiectasias, fibrosa pulmonar localizada.<sup>101</sup> Actualmente se presentan muchos casos de Tuberculosis pleural, intestinal renal, peritoneal.

---

<sup>101</sup> FARGA, C. Victorino. "TUBERCULOSIS", Santiago de Chile – Chile; Editorial Mediterráneo, 2ª Edición, 1992 pág. Pág. 67

La reactivación es una de los mayores riesgos, incrementándose por alteraciones en el sistema nervioso. Uno de los peligros más grandes se da por el contagio a pacientes inmunodeprimidos por situaciones de malnutrición y SIDA, esta última incrementa el riesgo de reactivación en un 10% por año, a diferencia con una persona con el sistema inmunológico no afectado, que tiene un factor de riesgo del 5 al 10% en toda la vida.

Las reacciones a los medicamentos es una de las complicaciones que representa un mayor riesgo, la droga resistencia provocada por la resistencia a los fármacos, para combatir esta situación se modifica el tratamiento, este cambio no se incluye en el apoyo económico del PNCT, y el costo de estos medicamentos puede alcanzar hasta los 30.000 \$us.

#### **7.4 Prevención de la Tuberculosis.**

Desde el punto de vista médico la prevención de la enfermedad tiene distintos métodos, los cuales son:

- a) Vacunación con BCG<sup>102</sup> a todos los recién nacidos con un peso superior a 2.000 gramos y a los menores de 3 años.
- b) La persona infectada debe protegerse siempre que tosa con pañuelos desechables. Evitando así, el efecto aerosol.
- c) Lavado de manos después de toser.
- d) Ventilación adecuada del lugar de residencia.
- e) Limpiar el domicilio con paños húmedos.
- f) Utilizar mascarilla en zonas comunes.
- g) Restringir visitas a personas expuestas a la enfermedad.

---

<sup>102</sup> Vacuna BCG - Bacilo Calmette - Guerin

- h) Garantizar adherencia al tratamiento. Hacer el seguimiento al tratamiento, debido a que la administración del tratamiento específico contiene fármacos que evitan el contagio a terceros.
- i) La detección temprana de la enfermedad.

### **7.5 Modo de transmisión de la Tuberculosis.**

La forma más frecuente de transmisión de esta enfermedad es mediante el aire, cuando una persona infectada, sin tratamiento habla, ríe, canta, estornuda o tose, elimina diminutas gotas de saliva que son infecciosas, si llegan a depositarse en los alveolos pulmonares<sup>103</sup>. Es así que es posible que contagie a las personas de su entorno, en caso de que el paciente se encuentre sin tratamiento el contagio puede ser de 10 a 15 personas de su entorno, en especial si estas no están vacunadas o tienen un sistema inmunológico débil. La probabilidad de una transmisión eficaz aumenta con el número de partículas contaminadas desprendidas por el enfermo, y depende de la ventilación del área, la duración de la exposición y en la virulencia de la cepa. Las personas con contactos frecuentes, prolongados, o intensos tienen un riesgo alrededor del 25 % mayor de ser infectados.

Los factores que favorecen a la transmisión son la concentración de bacilos en un ambiente, la mala ventilación y el grado de contacto que se tenga con el paciente infectado.

Según investigaciones otra forma de transmisión es por vía alimentaria, por la leche no pasteurizada puede ser fuente de contagio en los países donde la Tuberculosis es muy usual, esto debido a la leche de vacas infectadas, estos casos son poco frecuentes.

---

<sup>103</sup> FARGA, C. Victorino. "TUBERCULOSIS", Santiago de Chile – Chile; Editorial Mediterráneo, 2ª Edición, 1992 pág. 32

## 7.6 Tratamiento.

El tratamiento de la Tuberculosis tiene un tiempo de 6 a 9 meses, dependiendo del estado del paciente, controlando la Tuberculosis, por este motivo muchos pacientes lo abandonan. En el Hospital de Clínicas se suministra el tratamiento y se deriva a los pacientes a otros centros de salud. Como se indicó, el caso de los pacientes indigentes representa un conflicto debido al abandono del tratamiento abandonar el hospital, teniendo la probabilidad complicaciones de todo tipo sin control profesional. El tratamiento específico para contrarrestar la enfermedad contempla cuatro medicamentos, de los cuales dos se suministran para matar a la bacteria y dos lo mantienen en un estado estático, evitando que se reproduzca y pueda contagiar a otras personas<sup>104</sup>.

**Cuadro N° 5. Explicación del Tratamiento Específico**

MEDICAMENTO	UTILIDAD
<b>Isoniacida</b>	Antituberculoso, bactericida. Sirve para matar al de la tuberculosis,
<b>Rifampicina</b>	Antituberculoso, bactericida. Sirve para matar a la de la tuberculosis,
<b>Pirazinamida</b>	Antituberculoso, bacteriostático. Sirve para dejar a las bacterias sin actividad, para que no puedan reproducirse a la de la tuberculosis
<b>Etambutol</b>	Antituberculoso, bacteriostático. Sirve para dejar a las bacterias sin actividad, para que no puedan reproducirse a la de la tuberculosis

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015<sup>105</sup>

La suspensión del tratamiento específico antes de terminar produce que el paciente origine inmunidad a los medicamentos, complicando la situación de la enfermedad. Algunos pacientes, el bacilo presenta resistencia al medicamento, a estos pacientes se los denomina RAFA, los cuales deben tratarse con medicamentos más fuertes, estos al ser más fuertes

<sup>104</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. "Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015". La Paz – Bolivia, Documentos Técnico Normativo N° 80 Pág. 20

<sup>105</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. "Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015". La Paz – Bolivia, Documentos Técnico Normativo N° 80 Pág. 20

también tienen efectos mayores, provocando en muchos casos un mayor deterioro, este también es un motivo de abandono.

Según los pacientes, el abandono del tratamiento se debe a que los medicamentos al tener una composición fuerte y al administrarse en grandes cantidades, causan problemas gastrointestinales y malestares generales, uno de los más importantes es el cansancio, que ocasiona el abandono del trabajo, afectando económicamente al mismo. Por ello, y la falta de información se da el abandono del tratamiento.

### **7.7 Relevancia social de la Tuberculosis.**

Para comprender este punto debemos poner énfasis en las causas que provocan la enfermedad como ser la mal nutrición, el hacinamiento, el stress y la falta de información, estos factores pueden dar paso a que una persona pueda contraer Tuberculosis y otras enfermedades que ataquen el cuerpo con el sistema de defensa débil. El daño ocasionado no sólo repercute en la salud, sino también económicamente al individuo y a su entorno.

La Tuberculosis es considerada como una enfermedad económica-social, por las causas que la produce como por los efectos que tiene en el paciente, la malnutrición, el trabajo excesivo, el hacinamiento, la vivienda insalubre, son condiciones que ocasionan su aparición y permiten que se desarrolle. Por otro lado, por ser una enfermedad infectocontagiosa, origina trastornos económicos, por su gravedad en muchos casos provoca que el paciente deba abandonar su lugar de trabajo<sup>106</sup>.

Si bien está catalogada como la “enfermedad de la pobreza”, pero las condiciones que la provocan no solo se relacionan a personas con niveles socioeconómicos bajos, pero en estos casos se pudo observar que las consecuencias son peores, por ejemplo, el paciente al no

---

<sup>106</sup> MORENO, S. Edgar. “Apuntes de Neumotisiología”. La Paz – Bolivia; Editorial “Universidad Mayor de San Andrés”, 1979; Pág. 167

someterse al tratamiento específico presenta síntomas que pueden ocasionar la pérdida de la fuente de trabajo, lo cual ocasiona un índice de mayor pobreza.

Dentro de las causas de abandono del tratamiento, están relacionadas a la constancia que este exige, el tener que asistir a un centro de salud diariamente para tomar la medicación, es una medida necesaria debido a que los pacientes al ser un tratamiento de seis meses, si tuvieran los medicamentos en casa pueden olvidar suministrársela, ocasionando que su cuerpo cree una resistencia a los fármacos. Es por esto que el Programa establece que el paciente asista al centro de salud y sea controlado por las enfermeras (DOTS), lo cual representa un problema, si vemos que los Centros de salud en muchos casos en horarios del medio día o a partir de las siete de la noche no están disponibles, solamente atienden emergencias y en este caso no se cuenta con responsables que atiendan a los pacientes que van por su tratamiento específico diario.

La discriminación por carencia de información es otra de las causas que envuelven a esta enfermedad en un campo de relevancia social, la discriminación hacia pacientes se da mayormente en dos casos, por un lado, en la relación con los profesionales en salud y por otro lado en fuentes laborales donde se procede a despedir a pacientes por el deterioro físico ocasionado por la enfermedad.

## **7.8 Tuberculosis en Bolivia.**

### **7.8.1 Historia de la Tuberculosis en Bolivia**

En 1999, para la elaboración del Plan Quinquenal 1999 – 2004 del Programa Nacional Contra la Tuberculosis, la Dra. Del Granado realizó una recopilación acerca de la aparición de la



enfermedad en nuestro país, proporcionando información histórica de la enfermedad y la lucha para erradicar la misma<sup>107</sup>.

A pesar de no tener datos muy concretos acerca del desarrollo de la enfermedad en nuestro país se tienen ciertos indicios que a finales del siglo XVIII su expansión se habría iniciado con las corrientes de inmigración establecidas con la apertura de la primera línea férrea, donde habrían venido enfermos buscando una cura en la altura.<sup>108</sup> Hasta una tercera década del siglo pasado, se le asignó importancia al clima, se cree que la bacteria creó una adaptación a la altura, pues es esta época se incrementaban los casos en lugar de disminuir como se creía. Hasta 1882 se desconocía la enfermedad, en este año con el descubrimiento de Robert Koch se produce la estigmatización de la enfermedad a nivel mundial, ocasionando que se oculte el diagnóstico en pacientes, lo cual logra que se disemine más la enfermedad.

En nuestro país, en 1920, se presentan las primeras acciones de lucha contra esta enfermedad, con la creación del Laboratorio de Anatomía Patológica en la ciudad de Sucre que entre otras enfermedades se dedica a estudiar la Tuberculosis en los mineros.

En 1932, en la Guerra del Chaco se presenta por primera vez la enfermedad en los indígenas de la zona y se ve esta enfermedad como una causa para la muerte de los combatientes. La llegada de los soldados contagiados encausó la creación de un Hospital con atención especializada.

El 23 de mayo de 1935, mediante Resolución Suprema, en el gobierno de José Luis Tejada Sorzano, se creó el Departamento Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis, destinándose fondos para este fin.

---

<sup>107</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. “Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015”. La Paz – Bolivia, Documentos Técnico Normativo N° 80, Pág. 6

<sup>108</sup> MORENO, S. Edgar. “Apuntes de Neumotisiología”. La Paz – Bolivia; Editorial “Universidad Mayor de San Andrés”, 1979, Pág. 111

El 28 de agosto de 1938, durante el Gobierno de Germán Busch, mediante Ley de la República se creó el Ministerio de Higiene y Salubridad, el cual contaba con la Dirección de Lucha Antituberculosa y Antileprosa, implementándose los dispensarios Antituberculosos, servicios de Rayos X y Laboratorios. Esta medida a consecuencia de la atención que causó la enfermedad durante la Guerra del Chaco.

En 1956, se conforma el Departamento Nacional de Tuberculosis, creado a partir de políticas de Gobierno. Este departamento organizó servicios de epidemiología de la tuberculosis, control, supervisión y servicios de vacunación BCG, más tarde pasó a ser el Servicio Nacional de Tuberculosis.

En 1962, la Lucha Contra la Tuberculosis contaba con 4 Hospitales Broncopulmonares y Unidades de Bronco neumología en algunos Departamentos. Éste año con apoyo de la OPS/OMS se creó el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT), basado en el Plan y Programa cooperativo para el control de la Tuberculosis.

En 1980, el Servicio Nacional de Tuberculosis logra que el Tesoro General de la Nación aporte con el financiamiento para el control de la tuberculosis.

En 1982, se realizó el primer Día Mundial de la Tuberculosis (24 de marzo), incluyéndose en nuestro país.

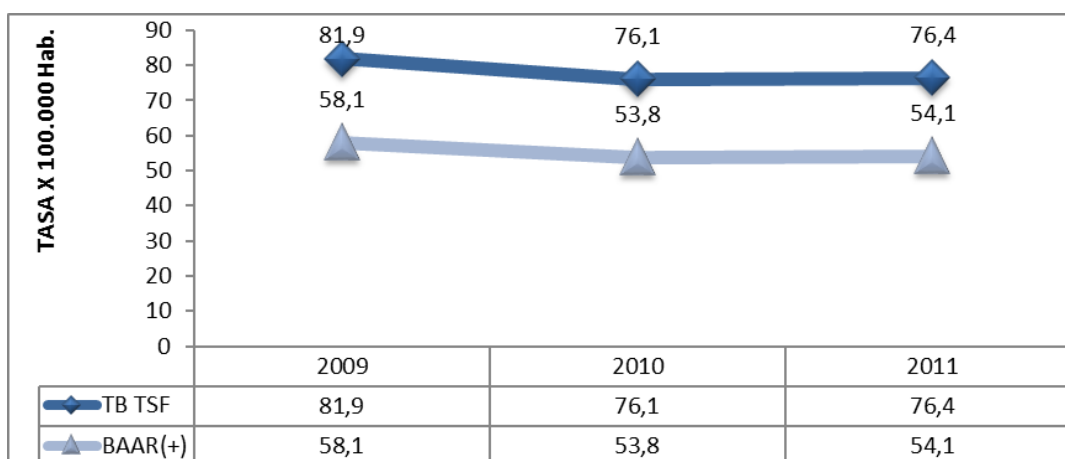
### **7.8.2 Situación actual de la enfermedad en Bolivia.**

Para el análisis de la situación de la Tuberculosis en Bolivia es necesario conocer el número de casos detectados y aquellos que llegaron a término de tratamiento, porque las actividades comunicacionales contemplan la prevención mediante la información a la población y las acciones para informar a los pacientes sobre la importancia de llegar a término del tratamiento y la creación de la red de contactos para poder reducir el riesgo del contagio. Las

acciones de información y comunicación desarrollan materiales como ser cartillas y folletos informativos para los pacientes y su entorno.

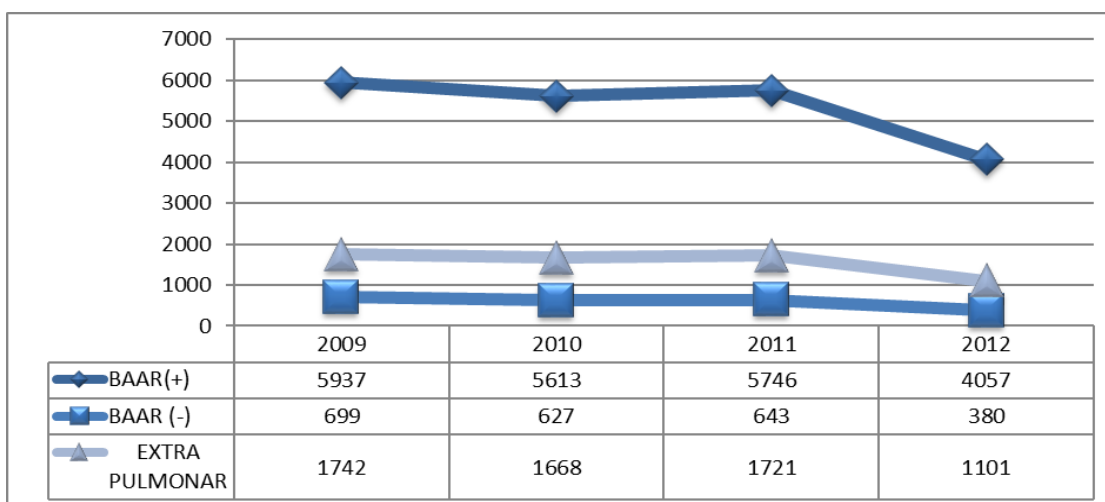
Como se puede observar, en los últimos cuatro años la incidencia de la enfermedad tuvo pequeños movimientos en las tasas de incremento de casos.

**Gráfico N° 8. Tasa Incidencia Notificada De TB TSF, TBP BAAR (+) X 100.000 Hab. Bolivia, 2009 – 2011<sup>109</sup>**



Fuente: Programa Nacional Contra la Tuberculosis

**Gráfico N° 9. Número de Casos TBP BAAR (+), TBP BAAR (-) Y Extrapulmonares, Bolivia 2009 – 2012**

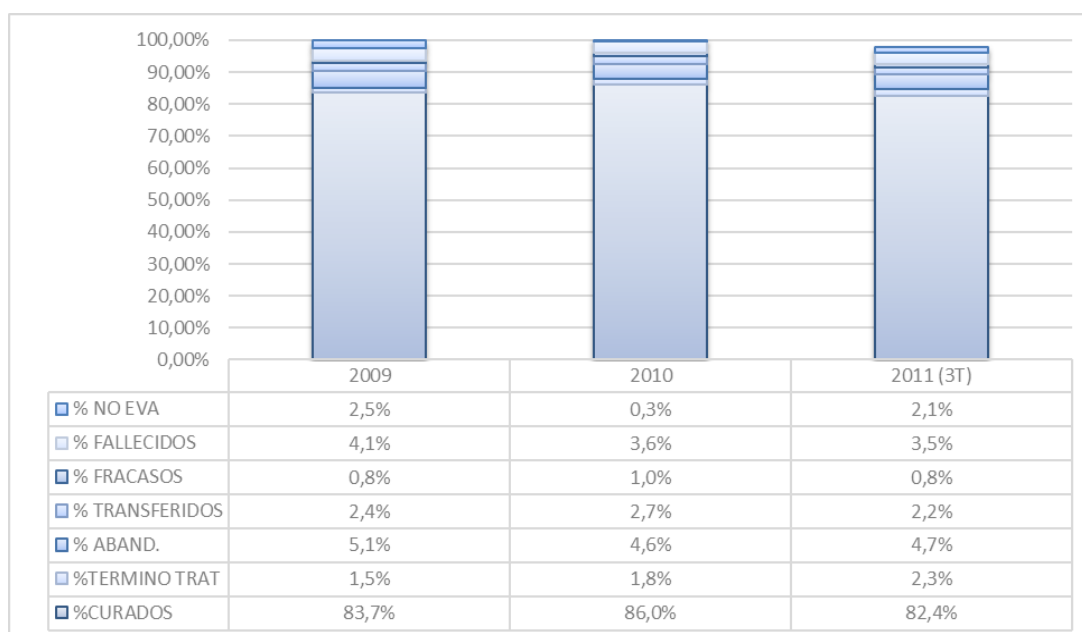


Fuente: Programa Nacional Contra la Tuberculosis

<sup>109</sup> En el caso de algunos cuadros simplemente presentan información hasta final de 2011 debido a que aún el PNCT no tiene la información actualizada

En nuestro país, el 2009 se registraron 8.378 casos confirmados con tuberculosis en total, en 2010 se redujeron a 7.908 casos, en 2011 se tuvo un incremento en el número de casos con la enfermedad, ascendiendo a 8.110 casos en todo el país. En 2012, el número de casos de casos se redujo considerablemente a 5.538 detectados.

**Gráfico N° 10. Análisis de Cohorte Casos Nuevos TBP BAAR (+) Notificados, Bolivia 2009 – 2011**



Fuente: Programa Nacional Contra la Tuberculosis

Según el PNCT, el índice de casos de abandono en los años 2009 a 2011 disminuyó en 0,5%, pero es importante comparar este porcentaje con los índices de término de tratamiento, que subieron en 0,8% en dos años, mostrando índices de abandono más altos.

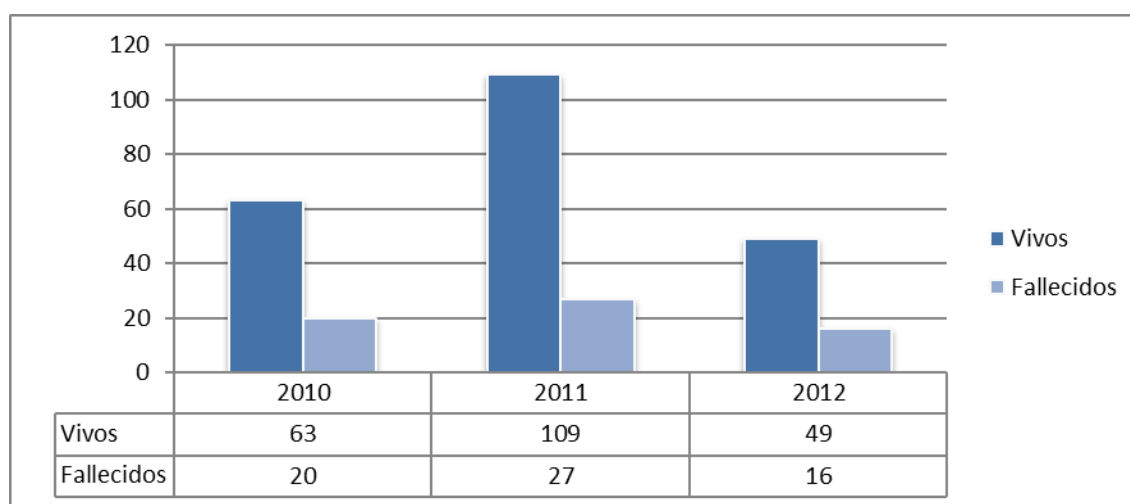
### **7.8.3 Situación de la enfermedad en el Hospital de Clínicas.**

Dentro del Hospital de Clínicas, la unidad de Epidemiología/Infectología es la responsable de tratar y centralizar la información de los casos que se presentan de la enfermedad, la información que deben considerar es la de casos con y sin complicaciones, los casos con complicaciones se transfieren o ingresan por otras unidades del Complejo Hospitalario.

En muchos casos, los pacientes con Tuberculosis extra pulmonar ingresan al Hospital por otras Unidades debido a que la enfermedad se presenta en algún órgano del cuerpo con otro tipo de síntomas, es en estos casos que después de realizar los análisis y diagnosticar que la enfermedad es causada por el Bacilo de Koch, se los transfiere a la Unidad de Infectología, donde se determina el tratamiento adecuado.

Los pacientes con Tuberculosis en el Hospital de Clínicas cumplen un ciclo que va desde que ingresan al Hospital, hasta que se les brinda el tratamiento (Ver Anexo N°10), en ese momento son transferidos a otros centros de salud de primer nivel que sea cercano a la vivienda del mismo, para que puedan acceder de manera más directa diariamente a suministrarse el tratamiento. A menos que, como ya se explicó, requieran de internación por algún tipo de complicación, en este caso se los transfiere a otras unidades u otros Hospitales. En los últimos tres años, se tuvo 284 pacientes con Tuberculosis diagnosticada en diversas formas en el Hospital de Clínicas, de los cuales aproximadamente el 75 – 80%:

**Gráfico N° 11. Casos con Tuberculosis en el Hospital de Clínicas (2010 - 2012)**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la Unidad de Estadística del Hospital de Clínicas

(\*) Vivos son los casos que se derivaron a otros Centros de Salud.

## **CAPÍTULO 8. PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS**

### **8.1 Programa Nacional Contra la Tuberculosis<sup>110</sup>**

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) cumple un rol normativo en la lucha contra la enfermedad, es una unidad dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, en la parte normativa. De modo operativo depende en cada Departamento del Servicio Departamental de Salud (SEDES). El trabajo del Programa es directo con las redes de salud organizadas según la ubicación geográfica. Cada red integra los centros de salud que están ubicados en zonas establecidas (Ver Anexo N° 10).

El Programa Nacional Contra la Tuberculosis fue formulado en 1962 con la asesoría del OPS/OMS, basado en el Plan y Programa cooperativo para el control de la Tuberculosis, previo a este ente el control de la Tuberculosis estaba a cargo de los servicios y departamentos Nacionales de tuberculosis, estos tenían en sus labores el control la supervisión y los servicios de vacunación BCG.

En 1971 se editaron las primeras “Normas de diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis” que contenía los procedimientos del control y organización de la recolección de análisis y actividades de supervisión a nivel nacional, fue en 1980 que se consiguió financiamiento del Tesoro General de la Nación para el control de la enfermedad.

En 1982 se llevó a cabo el primer Día Mundial de la Tuberculosis, patrocinado por la OMS y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICTER); siguiendo las recomendaciones internacionales el Programa Nacional de Control de a la Tuberculosis se integró a la atención primaria de salud, lo que representó un importante avance cuali - cuantitativo en las actividades de control de la Tuberculosis.

---

<sup>110</sup> Memoria anual 2008;

En 1999 se editó una nueva edición del Manual de Normas Técnicas y sistema de registro e información y el Plan Quinquenal 1999 – 2004, sirviendo de base para la definición de objetivos, metas y actividades del PNCT.

Entre los años 2004 y 2007 basado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el PNCT desarrolló sus Planes Operativos Anuales regionales, con las metas establecidas a cumplir hasta el 2015. En 2007 se elaboró el “Plan Estratégico Contra la Tuberculosis”, con la ayuda de distintos sectores del país, en el marco del Plan de Desarrollo Sectorial, el Plan Regional de Tuberculosis para las Américas y el Plan Global de “Alto a la Tuberculosis”, elaborado por la OPS/ OMS.

#### **8.1.1 Recursos Humanos.**

El Programa Nacional Contra la Tuberculosis (PNCT) realiza un trabajo en redes por ubicación geográfica, integrando cada red los centros de salud de las zonas establecidas, para mayor control el PNCT cuenta con oficinas departamentales y equipos locales dirigidos por las Gerencias locales, establecidas según las necesidades de cada zona. Cada red y Departamento cuenta con diferencias en la cantidad de recursos humanos por las características de cada zona y la diversidad de personal capacitado, pero se tiene un requerimiento mínimo establecido. La Jefatura del PNCT cuenta con una estructura diferenciada a la de los departamentos, con personal de características más administrativas que operativas. (Ver Anexo N°4) los equipos departamentales deben contar con el personal necesario para poder tener control de las redes dentro de su área de control.

Los equipos locales que son los equipos por red, se dividen en las gerencias de red y los equipos operativos, estos cuentan con el personal de salud de cada centro de salud destinado a las unidades de neumología.

**Cuadro N° 6. Recursos Humanos Programa Nacional Contra la Tuberculosis**

<b>EQUIPO NACIONAL FUNCIONES</b>	<b>EQUIPOS DEPARTAMENTALES</b>	<b>EQUIPOS LOCALES (GERENCIA DE RED)</b>	<b>EQUIPOS LOCALES (OPERATIVO)</b>
Responsable Nacional	Responsable Departamental	Responsable de programas de salud	Personal de salud (médico, enfermera y/o laboratorista)
Enfermera Supervisora Nacional	Enfermera Supervisora Regional	Enfermera Supervisora de Gerencia de red	
Administrador Estadístico e Informático	Administrador Estadístico	Estadístico	
Responsable del área Logística de medicamentos	Bioquímico Laboratorio de Referencia Regional		
Coordinador Estrategias especiales	Otros		
Bioquímicos Laboratorio de Referencia nacional			
Comunicadora Social			
Otros			

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015<sup>111</sup>

### 8.1.2 Recursos Económicos

El Programa Nacional Contra la Tuberculosis a partir de 1980 recibe financiamiento del Tesoro General de la Nación, actualmente el monto destinado al Programa es de 1.500.000 Bs<sup>112</sup> este monto es variable según los requerimientos y necesidades del Programa. También cuenta con el apoyo del Fondo Mundial y otras ONG's de USAID, estos organismos aportan con insumos y la compra de medicamentos. En gestiones pasadas se contaba con apoyo económico por parte de entes internacionales.

Para la estrategia de comunicación se destinan 400.000 Bs. del TGN los cuales sirven para la elaboración y difusión de los insumos y productos comunicacionales distribuidos a nivel nacional. La entrega que realiza el TGN es en insumos y productos comunicacionales, no existe una entrega directa de dinero para el área de comunicación.

<sup>111</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. "Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015". La Paz – Bolivia, Documentos Técnico Normativo N° 80 Pág. 20

<sup>112</sup> Información proporcionada por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis



### **8.1.3 Estrategia de Comunicación**

En PNCT tiene la labor de controlar y erradicar la enfermedad, desarrollando acciones es desde diferentes campos. Considerando la relevancia de la difusión de información se genera el trabajo desde una perspectiva comunicacional desarrollado por el profesional en comunicación, que es el responsable de elaborar la estrategia que marcará los parámetros dentro de los cuales se plantearán las acciones del área.

La Estrategia de Comunicación tuvo un desarrollo en tres fases, la primera planteada a partir del “Plan Estratégico”, plasmado en la Memoria Anual, publicado en 2008. La estrategia en esta instancia plantea la capacitación en dos niveles, la Capacitación Modular y la Capacitación Escolar, se plantea bajo la estrategia de comunicación para el Cambio de Comportamiento, la duración temporal es de tres años.

La segunda fase se planteó en 2010 con la evaluación de los alcances de la estrategia solicitada por el Organismo Andino de Salud. La evaluación se desarrolló con la ejecución de dos estudios “Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas” y el estudio “Estigma y Discriminación en el tratamiento de la Tuberculosis”. Ambos contaron con la participación de personal del área de salud, pacientes y organizaciones sociales y plantea conocer el impacto de las acciones desarrolladas en la primera fase.

La Tercera Fase nace sobre los resultados y las recomendaciones de los estudios, planteando una reforma de la estrategia, elaborándose el “Plan de Comunicación” en 2011

#### **8.1.3.1 Primera Fase**

El “Plan Estratégico Contra la Tuberculosis” organiza y establece las distintas campañas, considerando las de reducción de la morbilidad y mortalidad, implementando acciones para mejorar el diagnóstico, el tratamiento, y la prevención de la enfermedad. Comprometiendo a

la sociedad civil organizada de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para garantizar su sostenibilidad<sup>113</sup>.

Según la Memoria Anual 2008, publicada por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, se establece como parte del “Plan Estratégico” las capacitaciones que fueron llevadas a cabo, como parte de la campaña de prevención de la enfermedad, las acciones a tomarse son:

- La Capacitación Modular tiene como objetivo capacitar al personal profesional en salud en el manejo de la Tuberculosis mediante la metodología modular, se lleva a cabo en 5 módulos dirigidos, explicando a médicos y a enfermeras las bases conceptuales del tratamiento, las medidas de prevención basadas en la evidencia, el manejo de instrumentos y el manejo gerencial del programa. Realizado esta parte del trabajo se consolidan grupos de facilitadores que garantizan multiplicar el aprendizaje, logrando así, llevar este a distintas zonas para sensibilizar e informar acerca de la enfermedad.
- La Capacitación Escolar, apoyada por los Gobiernos Municipales y las autoridades educativas, llevadas a cabo con un método pedagógico, trabajando con SEAMOS, que, durante el año pasado, intervino en 19 municipios, con 317 unidades educativas y contó con la participación de 23.684 alumnos en 403 proyectos de aula, trabajando con el nivel secundario se logró sensibilizar e involucrar a los estudiantes, obteniendo su participación en los planes de control y prevención de la enfermedad. Organizando actividades, como ser charlas y trabajos grupales, se pudo desarrollar en la población estudiantil el análisis y la comprensión, adquiriendo la percepción de riesgo, que

---

<sup>113</sup> Memoria anual 2008; pg. 12

permitirá que en algún tiempo esta población utilice esta información y actúen de manera diferente frente a la enfermedad.

En la capacitación se pudo notar, gracias a un pre - test realizado a estudiantes y profesores, que pese a ser una población expuesta a los mensajes de los medios de comunicación, un alto porcentaje de esta población no tenía ninguna información sobre el tratamiento de la Tuberculosis<sup>114</sup>.

El Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis se maneja bajo la normativa del “Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis” actualizado en 2008, el cual proporciona la Norma Nacional para abordar los temas de prevención, control, detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

En el manual se plantea la “*Estrategia de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC)*”, con la que promueve el incremento de la demanda de servicios de salud por las poblaciones más sensibles, con estrategias comunicacionales acordes a la realidad nacional y local de cada región. Trabaja con un enfoque educativo directo y se busca el cambio de actitud de la población, siguiendo un proceso que puede durar una o más generaciones en realizarse. La duración planificada para la implementación de la estrategia es de tres años para iniciar el proceso con bases sólidas y de acuerdo al resultado se reforzarán las campañas<sup>115</sup>.

La estrategia tiene como objetivos:

- a) La sensibilización de hombres y mujeres en edad productiva entre los 15 a 45 años, para que si presentan tos por más de 2 semanas acudan a hacerse el examen de baciloscopía seriada.

---

<sup>114</sup> Memoria Anual 2008, pg. 21

<sup>115</sup> Manual de Normas técnicas en Tuberculosis; pg. 24

- b) Transmitir a la población la información de los signos de alarma de la Tuberculosis para que se adopten nuevas conductas acudiendo a establecimientos de salud oportunamente.
- c) Garantizar la respuesta correcta de los establecimientos de salud.

Para alcanzar estos objetivos se planificaron las campañas, que usan como distintas actividades como productos de información:

- La elaboración de trípticos informativos con mensajes simples, comprensibles explicando la enfermedad, la forma de transmisión, diagnóstico y tratamiento.
- La elaboración de mensajes para medios de comunicación masivos (radio y televisión) con información de la enfermedad, usando estos medios para alcanzar la mayor cantidad de población.<sup>116</sup>
- Se toman en cuenta también otros métodos, como ferias de información, con el uso de productos audiovisuales, trípticos, folletos, etc., donde se explica a la población las características de la enfermedad, y sus formas de prevención. Los síntomas para lograr la detección a tiempo y la importancia que tiene el terminar el tratamiento.
- Se planea integrar a las familias de las personas afectadas con redes sociales, facilitando escenarios para que se identifiquen necesidades y determinen prioridades para intervenir en la detección precoz y el tratamiento de la Tuberculosis.
- Desarrollar actividades informativas para lograr reducir el estigma y la falta de información sobre derechos y deberes de los pacientes y la comunidad.
- Siendo una enfermedad que puede afectar al paciente de forma Psicosocial, organizar reuniones con los pacientes y sus familias para otorgar ayuda e información.

---

<sup>116</sup> Manual de Normas técnicas en Tuberculosis; pg. 25

En 2009, se presentó el “Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 – 2015”, donde se incluyen las actividades del Responsable de Comunicación Social, con el desarrollo de la Estrategia de Comunicación para el Cambio de Comportamiento, los informes trimestrales de retroalimentación y la publicación Trimestral del Boletín informativo Tuberculosis.<sup>117</sup>

#### **8.1.3.2 Segunda Fase.**

En 2010 las autoridades responsables del plan asistieron la Primera Reunión coordinada por el Organismo Andino de Salud, donde se solicitó a nuestro país que cuente con material de Información Educación y Comunicación (IEC) culturalmente adecuados al entorno del país y que se debía trabajar el “Estudio De Conocimiento, Actitudes Y Prácticas (CAP) “Estigma Y Discriminación En El Tratamiento De La Tuberculosis” para evaluar los alcances de la estrategia de comunicación, el estudio realizado en el personal de salud, pacientes y familiares de los pacientes mostró que:

- La Tuberculosis no es percibida como una amenaza inminente ni en la población en general, ni en los contactos sociales.
- No se ha desarrollado una actitud de temor al contagio, a pesar que se sabe de la gravedad de la enfermedad.
- El principal ámbito de circulación de información es el hogar.
- Se conocen aspectos esenciales de la enfermedad: formas de contagio, síntomas, formas de prevención, tratamiento.
- Familiaridad con la enfermedad, considerando que varios asistentes han tenido algún familiar con Tuberculosis.

---

<sup>117</sup> No se pudo obtener información de los informes de Retroalimentación

- Importante circulación de información que se origina en el personal de salud y circula sobre todo en el hogar.
- Sin embargo, 4 de 10 cree que un paciente que sigue el tratamiento aún puede contagiar a otros

El estudio revisó las actitudes hacia personas con Tuberculosis, respecto a los estigmas y la discriminación, de acuerdo al trabajo realizado con pacientes, personal de salud, familiares de pacientes y 12 grupos focales con población en general, éste estudio tuvo como conclusiones:

- Se percibe a una persona con Tuberculosis, como alguien que no tiene buena alimentación y que es pobre. El índice de estigma es relativamente bajo.
- La actitud de apoyo es alta respecto de personas con Tuberculosis en la familia. Existe temor al contagio fuera del círculo familiar. Hay una actitud discriminatoria en potencia.
- El personal de salud manifiesta niveles mayores de estigma. Asocian a los enfermos con Tuberculosis como personas pobres y hasta indigentes.
- En general, las experiencias de discriminación son bajas, tanto en el establecimiento de salud, como en la familia.
- Aunque hay una actitud de apoyo y aceptación hacia personas con Tuberculosis en su círculo familiar, existe un potencial de discriminación por personas del barrio/comunidad y del lugar de trabajo/estudios.
- Esta actitud puede incrementarse si se difunden campañas basadas en la alarma y el temor al contagio.
- El personal de salud piensa en enfermos crónicos con Tuberculosis indigentes y corre el riesgo de desarrollar mayores niveles de estigma.

- Las organizaciones sociales reconocen que la Tuberculosis es uno de los problemas de salud que afectan en su comunidad y organización (12%).
- Se confirma que el personal de salud es el medio que informa a la población sobre la Tuberculosis. Sin embargo, se demuestra que esta enfermedad no se encuentra en el contexto de información general.
- Se ha logrado instaurar dentro el conocimiento general, se reconoce los signos y síntomas de la Tuberculosis.
- Aún no se ha reconocido por los representantes de organizaciones sociales que el paciente que no continúa con su tratamiento, no solamente se cura sino adquiere otra forma de Tuberculosis (MDR - RAFAS), que causan la muerte.
- Se reconoce en primer lugar a los administradores y personal de servicio como personas que discriminan.

El estudio se realizó con representantes de organizaciones sociales en dos jornadas de trabajo, donde se pudo conocer la opinión de los participantes y se informó de las conclusiones del estudio, en éstas se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- Las organizaciones sociales no reconocen los resultados como reales o representativos, por las diferentes necesidades de los pacientes con tuberculosis en sus comunidades.
- Se debe continuar informando a la población de los síntomas, signos, gratuidad del tratamiento y diagnóstico.
- En temas de comunicación se solicitó la elaboración de mayor cantidad de material IEC.
- Se solicitó la entrega de cuñas radiales y spot televisivos para difundir de forma gratuita, los mensajes para informar a la comunidad.

### **8.1.3.3 Tercera Fase**

Tras conocer los resultados del estudio y hacer un análisis general de las acciones del PNCT en el área comunicacional, se identificó que no tenían el efecto que se buscaba, por este motivo y retomando las líneas de la Estrategia de Comunicación se reestructuró y se presentó el “Plan de Trabajo Comunicacional 2011” o “Plan Integral de Conocimiento Masivo” que plantea la utilización de la estrategia de Movilización Social, Abogacía, Información Pública, Comunicación Educativa Producción y Difusión (Ver Anexo N°8).

El Plan de Comunicación plantea la elaboración de nuevos productos comunicacionales difundidos por diversos medios, aplicando redes sociales, donde se comenzó a publicar documentales informativos de la enfermedad. El nuevo enfoque del “Plan de Comunicación” tiene como objetivo informar sobre la importancia de la enfermedad, con la creación de espacios para informar mediando el uso de mini medios y acciones de información directa a la población, organizando ferias en distintas zonas con actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC)

El plan de trabajo contempla acciones que deben realizarse con los pacientes, creando medios a ser distribuidos en centros de salud, los responsables de esta tarea son el personal de salud, deben contar con información y productos comunicacionales para informar al paciente y a las personas cercanas al mismo, sean estos familiares o en caso de las comunidades, trabajar con miembros de la misma, realizándose un trabajo en red, realizándose un trabajo informativo y revisando a las personas cercanas para poder descartar nuevos casos.

Las acciones comunicacionales están dirigidas a capacitar al personal de salud para que puedan ser portadores de información, siendo un lazo directo con los pacientes, promoviendo la participación en las actividades externas como las ferias.



La estrategia plantea el trabajo directo con ASPACONT, unificando fuerzas para poder llegar a mayor cantidad de personas, esta agrupación será la encargada de colaborar con el seguimiento a los pacientes y de compartir su experiencia con la sociedad.

#### **8.1.3.3.1 Productos aplicados**

La nueva estrategia de comunicación trabaja con productos ya aplicados, pero mejorando el diseño y la difusión, algunos de ellos son: trípticos, bípticos, cuadernillos informativos, afiches, rotafolios de tela, spots, cuñas radiales, documentales diseñados para difundirse en los centros de salud y son subidos a redes sociales para su difusión.

La difusión se desarrolla en centros de salud para llegar a los pacientes y sus familiares, informando sobre la enfermedad y la importancia de la continuidad del tratamiento, en esta etapa se utilizan los cuadernillos, los rotafolios, y en algunos casos los documentales.

Los trípticos, bípticos sirven para informar a la población en general en puntos y ocasiones estratégicas, como centros de salud y ferias donde se cuente con la presencia de personal de salud que este dedicado a brindar información sobre la enfermedad, en el caso de los afiches se planifica la distribución masiva, en entidades públicas, instituciones educativas, centros de salud para que tengan un mayor alcance.

Los Spots y cuñas radiales se distribuyen en diversos medios de comunicación masiva para su difusión, debido al costo de estos se difunden los productos en fechas cercanas al Día Mundial de la Tuberculosis.

En el Plan de Comunicación 2011, se plantea el uso de las redes sociales para un mayor alcance en la difusión de spots y documentales. Para las ferias se plantean nuevas herramientas como ser paneles de información, actividades lúdicas y BTL<sup>118</sup>.

---

<sup>118</sup> Below The Line, o bajo la línea, nueva técnica publicitaria que emplea formas no masivas de comunicación para mercadeo dirigidos a mercado específico.

## **CAPÍTULO 9. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS**

### **9.1 Descripción de la Investigación**

De acuerdo con el procedimiento de una propuesta de investigación, coincidiendo con el planteamiento del problema y la metodología planteada, se realizó la investigación en búsqueda de mostrar la realidad, relacionando la misma con la literatura que se aplicó de base. En este sentido, se realizó la investigación en dos etapas, la primera que fue la revisión de la bibliografía y la segunda etapa fue el trabajo de campo.

Es importante explicar que dentro de la investigación se relacionó las dos etapas de acuerdo a los requerimientos que se fueron dando por lineamientos y por los aportes que se buscaron con la investigación. La relación entre revisión bibliográfica y trabajo de campo es de gran importancia porque de esta forma se logra enriquecer conceptualmente y relacionar la realidad con planteamientos que deben tomarse como base fundamental de las acciones a realizar.

Ambas fases de investigación se reflejan a lo largo del documento, la primera fase en está en los primeros capítulos, mismos que servirán para el análisis de cumplimiento de las acciones desarrolladas en las campañas contra la Tuberculosis. Por otro lado, el trabajo de campo incluyó la recopilación de información correspondiente al Hospital de Clínicas (Capítulo 5 Marco Referencial) el Marco Normativo (Capítulo 6) y la información correspondiente al Programa Nacional Contra la Tuberculosis (Capítulo 8).

El Diagnóstico de Situación pretende reflejar el análisis sobre la base de la información que recopiló durante la fase de investigación, presentándose la misma como resultado de las acciones desarrolladas previamente.

### **9.1.1 Revisión Bibliográfica**

En la revisión bibliográfica se planteó identificar aquella base teórica que sirva para el análisis de la situación actual, es así que se buscó literatura relacionada con la realidad de nuestro país. Por otro lado, se utilizó literatura que pueda apoyar a la comprensión de la trascendencia de la Tuberculosis, es así que se revisaron textos médicos que permiten conocer a profundidad la enfermedad, buscando aquellas señas que permitan catalogarla como de importancia socioeconómica. También se revisó la documentación relacionada con el Programa Nacional Contra la Tuberculosis para ingresar a las acciones que se realizan para erradicar la enfermedad. En éste sentido se recopiló la información directamente del Programa, (Ver Anexo N°9), aquellos documentos de acceso público fueron validados en el PNCT para no incurrir en errores por información no adecuada o pasada que pueda confundir o perjudicar en el desarrollo de la investigación.

En la literatura relacionada con el ámbito de la comunicación se buscó teorizar en aquellos puntos que puedan ser de relevancia en la relación con el tema de la salud, es así que se identificó como primera fuente los escritos y la teoría planteada por el Dr. Luis Ramiro Beltrán, que como se explicó anteriormente, tiene conocimiento en la realidad nacional y participó internacionalmente en la teorización de la comunicación para el desarrollo y la salud. Así también se buscó conocer aquellos planteamientos que permiten ingresar a temas como ser la interculturalidad, que desde el aspecto social actual tienen mucha importancia.

Como parte de la estructura de la investigación se vio la importancia de conocer aquellas normas que sirven de soporte a todas las acciones del PNCT, de esta manera se revisaron aquellas leyes que relacionadas, o que esclarecen la priorización de la salud en nuestro país, por otro lado, se buscó leyes que amparen la promoción de la salud, para el desarrollo de

políticas que establezcan la prevención de la salud como la primera fase de la erradicación de enfermedades.

Considerando que vivimos en tiempos de globalización donde la tecnología permite mayores niveles de acceso a la información, y considerando que datos que se plantearon como de gran importancia para alcanzar los objetivos de investigación son especializados y que las fuentes de información son de acceso complejo, se utilizaron páginas de internet, que fueron revisadas en la precisión de la información que contienen. Planteando un manejo responsable de la información que se utilizó para la investigación.

### **9.1.2 Trabajo de Campo**

La segunda etapa de la investigación contó con diversas actividades de recopilación de información, aplicando las herramientas que se plantean en la Metodología de Investigación, se usó las entrevistas estructuradas y la observación para poder conocer la situación actual que enmarca el tema. Para poder realizar un trabajo coherente se planteó un plan de trabajo que se fortaleció en la revisión bibliográfica. En éste sentido se coordinó el trabajo de acuerdo a las tareas que se desarrollaron en el transcurso de la investigación.

El trabajo de campo comenzó con la realización de las entrevistas a los profesionales responsables del tratamiento de la enfermedad. Buscando profundizar los conocimientos acerca de la enfermedad, para poder abordar de mejor manera la información que se vaya presentando.

En el caso específico de las entrevistas con los profesionales relacionados con la enfermedad se buscó conocer:

- Causas económicas, sociales y culturales que intervienen en el contagio de la enfermedad.
- Efectos sociales y económicos ocasionados por la enfermedad.

- Motivos de abandono del tratamiento.
- Acciones para la erradicación de la enfermedad.
- Aplicación de herramientas y productos comunicacionales para las acciones de información a pacientes y población en general.
- Financiamiento de las acciones de erradicación de la TB.
- Incidencia de la enfermedad.
- Índices de mortalidad.
- Relación Médico – Paciente.
- Normativa de respaldo a las acciones de erradicación de la enfermedad.

Posteriormente, y con las autorizaciones correspondientes, aplicando la observación de la situación como herramienta, se visitaron salas del Hospital de Clínicas, donde existen pacientes con la enfermedad se asistió a consultas médicas que permitieron conocer a mayor profundidad la relación médico paciente.

Dentro de esta etapa también se participó de la Feria de Conmemoración por el Día de la Tuberculosis, buscando identificar la información que se brinda a la población acerca de la enfermedad, productos y características de los procesos de información, comunicación y educación.

Estas acciones plantean una comprensión de la situación de la enfermedad, con las mismas se buscó conocer:

- Nivel de información a pacientes.
- Relación médico pacientes.
- Ejecución de actividades relacionadas a las estrategias de comunicación.
- Productos de comunicación brindados al paciente.
- Características económicas y sociales de los pacientes.

- Características de los profesionales en salud.

En ambas situaciones se pudo identificar la fragilidad del abordaje al paciente, las alteraciones en la relación con el médico por la presencia de una tercera persona, y considerando la enfermedad que sufren estas personas, se decidió buscar a los representantes de la Asociación de Pacientes, contactándolos mediante el PNCT, para poder conocer e identificar de forma más cercana ciertas situaciones de la enfermedad, tales como:

- Relación médico-paciente.
- Discriminación a los pacientes.
- Causas sociales económicas y culturales que intervienen en la enfermedad.
- Efectos sociales y económicos que ocasiona la enfermedad.
- Motivos de abandono del tratamiento.
- Leyes y políticas de respaldo a la enfermedad.
- Nivel de información acerca de la enfermedad.

Como parte de la etapa de trabajo de campo se obtuvo las estadísticas sobre la incidencia de la enfermedad, mismas que se solicitaron tanto en el Programa como en el Hospital de Clínicas

## **9.2 Diagnóstico de Situación**

La comunicación aplicada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades es una de las actividades con mayor importancia en los programas enfocados a erradicar enfermedades a nivel mundial, y se posiciona como prioridad nacional.

El manejo de las estrategias y planes de comunicación deben estructurarse para alcanzar un mayor impacto, llegando de manera adecuada a una audiencia mayor audiencia, para este cometido es importante considerar las diferencias culturales existentes en la población, Así también se deben desarrollar métodos de control para verificar la eficacia de las estrategias,

revisando la efectividad de los productos, analizando si cumplen la función formas de retroalimentación que pueda ubicar las ventajas y desventajas de las actividades planificadas, si los productos comunicacionales creados cumplen su función.

Entre las actividades que se pudo determinar que son necesarias se encuentra la creación de espacios para capacitar al personal de salud, enfocando los mensajes a explicar que el personal de salud no sólo debe ser parte de la curación de pacientes, sino que son parte de los procesos de prevención y deben coadyuvar en las tareas de promoción y búsqueda de un fin llamado Salud para Todos, mismo que, partiendo de la premisa que la salud no sólo es la carencia de enfermedad, debe otorgar a la población la educación para que puedan tomar acciones saludables, es necesario que se comprometan como agentes de información, se debe comprender que el personal de salud maneja un lenguaje técnico que en muchos casos complica la comunicación con los pacientes y población en general, en este sentido se debe incorporar léxicos comprensibles y adecuados para llegar a toda la sociedad.

Para desarrollar de mejor manera la explicación de la situación de la enfermedad, se plantea de manera ordenada y correlativa la relación de la teoría planteada capítulos anteriores con la realidad que está ligada con la erradicación de la enfermedad. Planteando los análisis individuales de las teorías y modelos con la información recopilada en toda la investigación.

Para el análisis se revisó de manera estructurada la información recopilada en las fases ya explicadas, de esta forma se fundamenta con base teórica y sobre el reflejo de la realidad de la enfermedad.

### **9.2.1 Análisis según el Paradigma de Harold Lasswell**

El paradigma de Lasswell permite identificar los elementos que se analizarán llevando el modelo al campo real. De acuerdo a la investigación previa, se realizó la identificación

realidad/paradigma, se identificaron los elementos que integran el Paradigma de Lasswell relacionado con la realidad, esta forma podemos decir que:

- **Comunicador**, se identificaron tres tipos de comunicadores, el primero son los Profesionales en salud que trabajan en el PNCT, mismos que son los responsables de la erradicación de la enfermedad con distintas acciones, en este grupo tenemos a médicos especialistas tanto en salud pública como en infectología, enfermeras y biotecnólogos o bioquímicos. De acuerdo a lo explicado por la Lic. Carrasco, Ex Jefa Nacional del PNCT, el equipo de trabajo actualmente se encuentra desfortalecido, “(...) en el área técnica hay solamente una licenciada en enfermería que está como supervisora, tenemos un técnico en estadísticas, tenemos un técnico en cárceles, (...) más el equipo de laboratorio nacional de referencia en Tuberculosis”. (Ver Anexo N°5).

El segundo tipo de comunicador identificado es el responsable del área de comunicación del PNCT, actualmente este cargo es ocupado por una sola persona, misma que de acuerdo al “*Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015*” del PNCT, es la encargada del desarrollo de estrategias, planes, productos y todo aquello relacionado con las funciones en comunicación. En tercer lugar, tenemos a los Profesionales en Salud del Hospital de Clínicas, personal compuesto por médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, y trabajadores en salud (camilleros, encargados de la limpieza, cocineros, etc.). Dentro del arco de atención a los pacientes de Tuberculosis, los responsables de informar son los médicos y enfermeras, considerando que, para este caso específico, de acuerdo al Programa las responsables directas son las enfermeras DOTS. De acuerdo a lo explicado por la Dra. Ovando, Jefa de la



Unidad de infectología, los pacientes afectados con TB no solo recurren a esta unidad, siendo atendidos por otros especialistas, pero en todos los casos, para el diagnóstico se comunica a esta unidad

“(…)la parte operativa es la que verdaderamente llega al paciente y acá en el hospital como tenemos 28 especialidades, entonces cada médico de cada especialidad siempre va a ver por lo menos un caso de Tuberculosis, ven los traumatólogos, ven los neurocirujanos, los neurólogos, los cirujanos generales tienen hallazgos quirúrgicos en la Tuberculosis peritoneales que suelen ser muy graves actualmente, los nefrólogos, los dermatólogos ven Tuberculosis cutáneas de presentaciones muy tórpidas en realidad todos, todas las especialidades ven la Tuberculosis.” (Ver Anexo N°6).

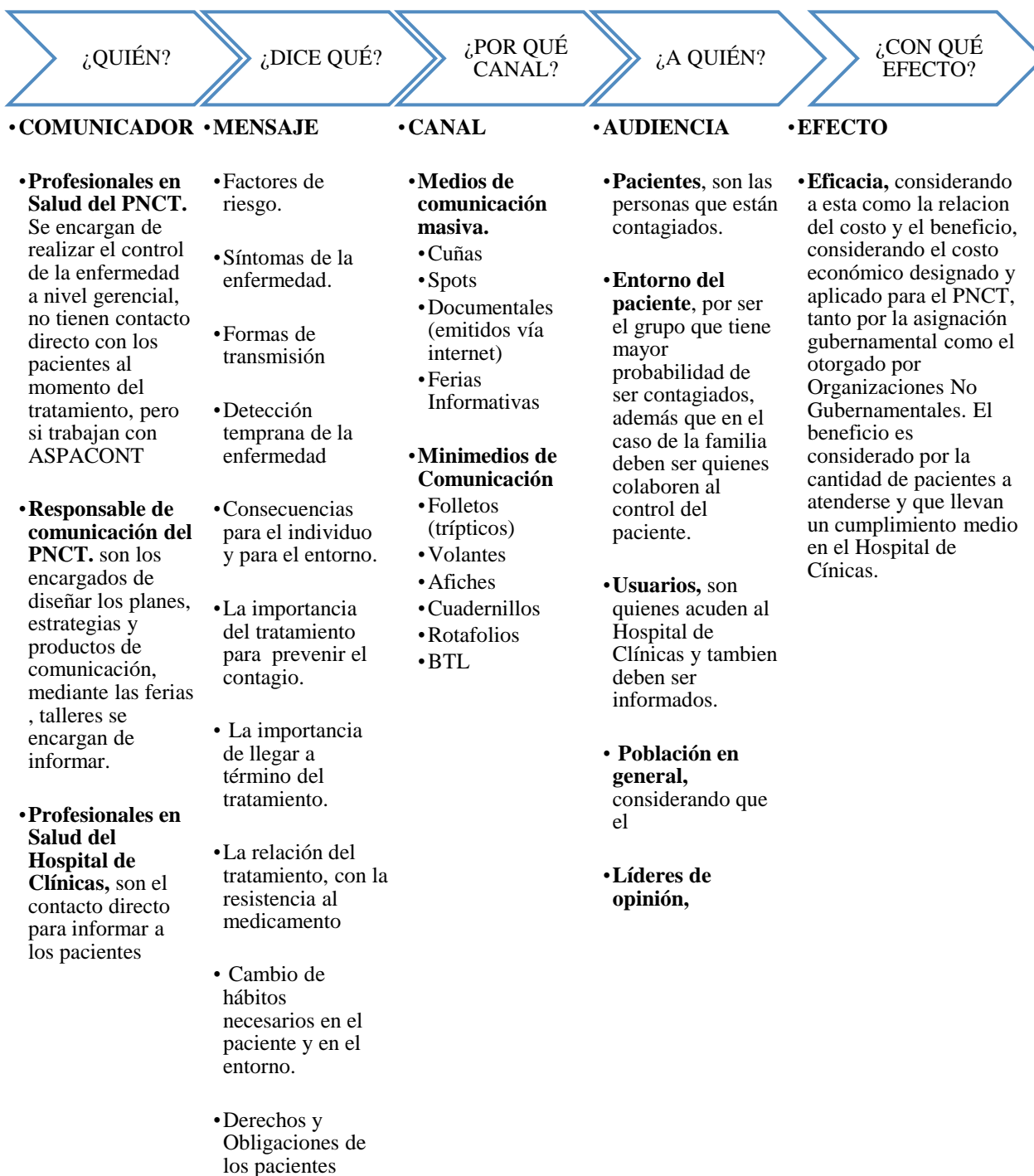
Si bien el tratamiento es conocido por los especialistas, el trabajo de información y de seguimiento hasta la transferencia a un centro de primer nivel lo realizan en la Unidad de Infectología.

- **Mensaje**, la identificación de los mensajes se desarrolló de acuerdo al Plan de Comunicación del PNCT, (Ver Anexo N°9) y la revisión de los productos informativos desarrollados por el programa.
- **Canal**, el caso de la identificación se realizó el análisis de con las mismas fuentes que el mensaje, sólo que en este caso se tomó en cuenta algunos identificados en la feria del Día Mundial de la Tuberculosis (24 de marzo), expuestos en el Stand del Hospital de Clínicas, desarrollados en muchos casos, por el personal del Nosocomio.
- **Audiencia**, se identificaron cuatro tipos de audiencia, la primera son los Pacientes que de acuerdo al Plan de Comunicación del PNCT, en primer lugar, están los

pacientes de tuberculosis que asisten al Hospital de Clínicas, quienes deben contar con la información acerca de la enfermedad, las campañas están dirigidas proporcionar información relevante,

El Paradigma de Lasswell permite la identificación de los elementos con los que se realizó el análisis presentando dentro de la realidad

**Cuadro N° 7. Desarrollo a partir del Paradigma de Harold Lasswell**



Fuente: Elaboración Propia en base al Cuadro 5 “Paradigma de Harold Lasswell”

## 9.2.2 Análisis según el Modelo de Carl Hovland

Como se indicó en capítulos anteriores, se aplicaron los modelos de Carl Hovland para poder identificar las características que se requieren para lograr cambios de comportamiento de la población, éste modelo se lo ve como adecuado por brindar un aporte respecto a parámetros necesarios para estas modificaciones de actitudes, si se cuenta con las características necesarias en la fuente y en el mensaje.

Para el análisis de acuerdo al modelo de Hovland, de la misma forma que con el paradigma de Lasswell, se identificaron elementos en relación a la situación exacta del presente estudio, de esta forma se verifican tres puntos principales:

- a) Fuente, con motivos de la investigación se plantea la misma fuente que la usada para el paradigma de Lasswell, el profesional en salud del PNCT, el personal en comunicación y los profesionales en salud del Hospital de Clínicas, en ellos se revisó las características planteadas por el autor dentro del proceso de comunicación, la credibilidad, la sinceridad y la Jerarquía.

Es importante indicar que la fuente son profesionales que tienen la información y la preparación frente a los pacientes que son quienes requieren de la misma, esto otorga a la fuente la jerarquía dentro del proceso, de la misma forma la credibilidad parte de dos bases, la primera por ser el especialista y la segunda que nace por las características personales de cada profesional.

De acuerdo a las entrevistas con los representantes de ASPACONT, la relación médico-paciente en algunos casos presenta muestras de discriminación, atendiendo de mala manera a los pacientes. Desde el punto de vista de la Interculturalidad relacionada a la salud, esta situación de discriminación presentada en este caso por el trato despectivo y la mala información que se brinda, ocasiona en los pacientes una

reacción adversa a la que se busca, en muchos casos genera el alejamiento del tratamiento, es decir que la pérdida de confianza en el sistema de salud Científico, ocasiona una barrera psicológica que no permite el cambio de comportamiento.

b) En segundo lugar, está el **mensaje**, en este mensaje se plantea características en el Argumento, Incentivos y Claridad. En relación con el tema de estudio podemos decir que:

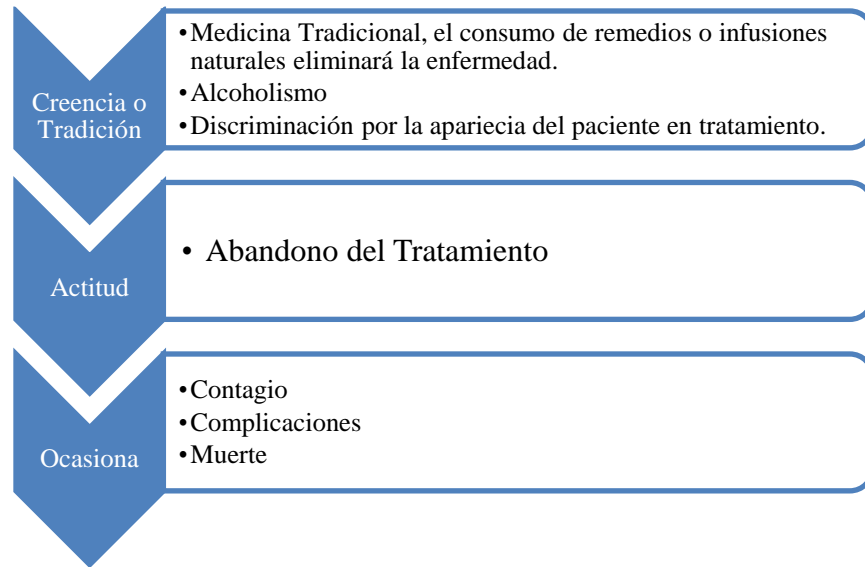
- a. Argumento, la enfermedad es el principal argumento dentro del mensaje brindado a la población.
- b. Incentivo, en el caso de las campañas de salud el incentivo que se brinda es el estado pleno de salud.
- c. Claridad, de acuerdo a Hovland el mensaje debe ser claro comprensible para el público. En el caso de la información contra la Tuberculosis la información en muchos casos es técnica, el lenguaje es médico, siendo poco comprensible para los pacientes.

c) En los efectos de la comunicación, tomamos a la eficacia como el efecto buscado, obteniéndose mediante la relación de los casos llegan al Hospital de y aquellos que terminan el tratamiento. Para alcanzar los efectos buscados se deben considerar las creencias y actitudes, así como el cambio que se puede producir en ellos para alcanzar de esta forma el efecto que buscamos.

Para el análisis se pudo ver que existen creencias arraigadas, que, por ser parte de ciertas culturas, perjudican los procesos de prevención y curación. Esto se puede observar en las entrevistas desarrolladas. De acuerdo a lo planteado por la Dra. Ovando, (Ver Anexo N°2) en algunos casos los usos de ciertas hierbas de características curativas perjudican al tratamiento del paciente, esta situación fue

confirmada por el Presidente Departamental de ASPACONT, Johnny Quispe. (Ver Anexo N°3). Según lo planteado por la encargada de la Unidad de Infectología, esta situación en muchos casos puede llevar hasta la muerte de los pacientes, esta es la consecuencia por la actitud que se toma frente a la creencia.

**Cuadro N° 8. Relación de Creencia y Actitudes en el caso de la Salud**



Fuente: Elaboración Propia

Dentro de los problemas de creencias y actitudes que representan un riesgo para la salud, podemos encontrar el problema del alcoholismo en nuestra sociedad, como se explicó en el caso anterior, la actitud del paciente lleva al abandono del tratamiento, según lo explicado por la Dra. Ovando (Ver Anexo N°2) y el Representante de ASPACONT, Johnny Quispe (Ver Anexo N°3).

Saliendo de los casos en pacientes, podemos ver en nuestra sociedad que existen creencias que ocasionan actitudes como por ejemplo la discriminación hacia los pacientes, aislando a personas contagiadas con consecuencias económico-sociales para el individuo y su entorno. Entre las consecuencias, de acuerdo a lo explicado por los representantes de ASPACONT,

se pudo observar muchos casos de despidos por deterioro en pacientes a causa de la enfermedad.

Por lo observado, la información brindada por los representantes de ASPACONT y la especialista en comparación con lo revisado en el Modelo de Carl Hovland, se puede decir que las acciones de comunicación no logran brindar la información suficiente, tanto en pacientes como en la población en general, capaz de producir un cambio en las creencias y en las actitudes frente a la enfermedad.

### **9.2.3 Análisis según el Segundo Modelo de Carl Hovland**

Después de realizar el análisis del modelo de Hovland en relación con la situación de la enfermedad y las campañas de información, se plantea el análisis con el segundo modelo de Hovland (Ver Cuadro N°5), mismo que plantea tres factores para obtener el cambio de actitudes necesarias para la erradicación de la enfermedad. De acuerdo al modelo se ven los factores internos que son los de predisposición, mismos que parten del individuo, pero se deben contemplar al momento de la planificación, estos factores aportan para la elaboración de los mensajes, considerando los estímulos de comunicación adecuados. La respuesta se dará al pasar por un proceso de atención, comprensión y aceptación, es acá donde tiene el papel principal el programa, porque los mensajes que se emiten deben llegar tanto a la población como a los pacientes, los mensajes deben considerar el contexto donde se desarrollan, y el entorno de quien debe recibirlo, las situaciones que viva este aportarán o no al cambio de actitud, entendiendo por cambio de actitud la modificación de parámetros de opinión, percepción, afecto y acción.

Actualmente el entorno y las condiciones socioeconómicas, y la relación con los profesionales (contacto directo) no permiten que los pacientes asimilen la información, toman las medidas como imposición sin comprender la importancia de sus acciones, al existir

situaciones del contexto que recaen sobre el mismo se toma acciones opuestas a las correctas dentro del tratamiento.

Al comprender este modelo podemos comprender que el enfoque de las estrategias debe considerar un análisis de las diferencias socio-económicas y culturales que influyen en las decisiones de la población. En muchos casos los médicos tratantes logran identificar estas situaciones, pero no existe una retroalimentación hacia los profesionales que elaboran las campañas de información.

En la feria conmemorativa del Día contra la Tuberculosis, se pudo identificar que existen profesionales que desconocen la situación de los pacientes y no cuentan con la información de la enfermedad necesaria para aclarar dudas a la población. De acuerdo a esto se puede decir que existen fallas en el comunicador y del contexto.

#### **9.2.4 Análisis según el Modelo de Comunicación Horizontal**

En la lectura de la teoría planteada por Luis Ramiro Beltrán se presenta el modelo de Comunicación Horizontal, mismo que confronta las teorías de un proceso vertical de comunicación, identificando elementos fundamentales que permiten una comunicación con libertad, igualdad e influencia frente a la necesidad de información. El modelo del autor identifica que la comunicación debe ser participativa mediante el diálogo, reconociendo que el acceso a la información es un derecho.

Si elevamos este modelo a la realidad estudiada y aplicamos elementos de los modelos descritos, podemos ver que el acceso a la comunicación por parte de los pacientes es reducido, un aporte importante del Dr. Beltrán es la identificación de los actores, eliminando la idea del modelo tradicional, siendo todos participantes involucrados con los mismos derechos a recibir información. La situación de discriminación demuestra que en este caso particular la comunicación se maneja dentro de un proceso vertical, donde los profesionales



en salud manejan la información y no se existe un espacio de participación donde el paciente pueda expresarse y comunicarse dentro de un contexto de igualdad. En el caso del PNCT, al trabajar conectados con ASPACONT, se abren espacios de dialogo que ayudan a mejorar el entorno de la comunicación y se puede llegar mejor a los pacientes.

### **9.2.5 Análisis de la realidad de la comunicación en la Lucha Contra la Tuberculosis**

Para realizar el análisis de la eficacia se observaron dos variantes, por un lado, se encuentra las tareas desarrolladas y la planificación que se efectuó en el Programa Nacional Contra la Tuberculosis, dentro de las tres fases mencionadas anteriormente y, por otro lado, se consideró la teoría revisada de Luis Ramiro Beltrán, como base de la estructura de la comunicación para la salud.

Para comenzar, es importante revisar el concepto que se presenta en la literatura de Luis Ramiro Beltrán, para él “La comunicación para la salud es la aplicación planificada y sistemática de instrumentos de comunicación social al logro de comportamientos de la población compatibles con sus necesidades de bienestar y con las finalidades de servicios expresadas en políticas y planes de salud pública”<sup>119</sup>. Identificando claramente que la labor de la comunicación es la adquisición de hábitos que vayan en pro de la salud, dentro de un marco planificado, en este sentido y de acuerdo al autor, para esta planificación se deben considerar tres instrumentos principales, como son la Política, el Plan y la Estrategia. De acuerdo a la realidad podemos decir que:

- Política

De acuerdo al análisis de la normativa relacionada con la enfermedad, la carencia de leyes específicas que den un marco donde se puedan desarrollar Políticas que respalden las

---

<sup>119</sup> BELTRÁN, S. Luis Ramiro. “Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011; Pág. 33

acciones del Programa, tanto desde una perspectiva de la salud como del campo de la comunicación. En el Capítulo 6 “Marco Normativo”, se explican aquellas normas que contemplan la prioridad que debe tener el cuidado de la salud, tanto en la prevención como en la etapa de curación de pacientes.

En nuestra normativa, se encuentra en la Constitución Política del Estado y en el Código de Salud a “la salud como un derecho de todos”, de acuerdo a la Declaración de Alma Ata, “la salud es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo”

De acuerdo a esta declaración todos los gobiernos deben actuar de manera consecuente brindando todo el apoyo desde los distintos niveles para alcanzar la plena salud del pueblo, dentro de estas acciones se deben considerar aquellos aspectos que están relacionados a brindar un marco donde se respalden las actividades de promoción para la prevención.

Centrando el análisis en ciertas causas de abandono, podemos ver que la carencia de leyes también permite acciones de discriminación, sobretodo en el ámbito laboral, no se dan condiciones que aporten a la creación de condiciones propicias de vida para los pacientes. De acuerdo a la entrevista con el Presidente Departamental de ASPACONT, Johnny Quispe:

“Se está trabajando desde el mes anterior <sup>120</sup> (...) con organizaciones sociales, la misma FEJUVE el realizar una ley contra la Tuberculosis, la ‘Ley de Lucha Contra la Tuberculosis’ donde van a participar los grupos sociales, para realizar este proyecto se tiene un tiempo determinado que es de un año para realizar y ahí vamos a ver las políticas con las cuales podemos enmarcar para prevenir la enfermedad en la población” (Ver Anexo N°3).

---

<sup>120</sup> Entrevista desarrollada en octubre de 2012

- Estrategias

Enfocándonos en las estrategias desarrolladas por el PNCT, en las fases previamente explicadas, se plantearon estrategias de Capacitación tanto Modular como Escolar, Movilización Social, Abogacía, Información Pública y Comunicación Educativa. Las primeras (Capacitación Modular y Escolar) se desarrollaron en una etapa previa donde, de acuerdo a los Estudios de impacto realizados, no tuvieron la efectividad buscada, pues la información de la enfermedad no es de conocimiento público y los profesionales en salud aún presentan estigmas frente a los pacientes con Tuberculosis.

Las estrategias de Movilización Social, Abogacía, Información Pública y Comunicación Educativa, se desarrollan mediante el Plan de Comunicación 2011, formulado sobre la base de los estudios realizados, de acuerdo al planteamiento de Luis Ramiro Beltrán buscan la generación de conciencia de distintos sectores sociales, trabajando en distintos niveles, involucrando a autoridades, sectores sociales y a la población mediante la información, por distintos medios, a que sean protagonistas hacia el fin de la campaña.

Analizando estas estrategias frente a la situación actual, considerando que todas son planteadas Luis Ramiro Beltrán, pero en la realidad no se cumplen, en la feria de información por el “Día Internacional Contra la Tuberculosis” se pudo observar que no existe la movilización más allá del campo de la salud.

Considerando que la presente investigación plantea el trabajo realizado en el Hospital de Clínicas, se puede observar que las estrategias no se reflejan en el trabajo del personal de salud. Es decir, se puede recalcar que las acciones planteadas por el PNCT no se difunden en este Hospital, desarrollando una labor netamente de curación o de diagnóstico y remisión a tratamiento, incumpliendo con las acciones de difusión mediante las redes de contactos de los pacientes. No existe coordinación en el trabajo de prevención.

- Plan de Comunicación

En el relevamiento de información se pudo obtener el “Plan de Comunicación 2011”, que pertenece a la tercera fase de las actividades desarrolladas por el área de comunicación del Programa Nacional Contra la Tuberculosis,

Revisando el “Plan de Trabajo Comunicacional 2011” (Ver Anexo N° 9) elaborado por el encargado de comunicación del PNCT, se puede ver un plan amplio con actividades que están enfocadas a informar de manera general a toda la población, llegando mediante diversas actividades a Información, Educar y Comunicar.

El Plan de Comunicación plantea el trabajo sobre la base de las Estrategia de Movilización Social, Abogacía, Información Pública y Comunicación Educativa, armando sobre estas bases el plan de acción, mismo que contempla recursos de gran alcance, como ser mediante la Abogacía, se plantea el involucramiento de actores sociales; con la Movilización Social, se pretende generar conciencia y apoyo de Sectores sociales; por otro lado está el uso de medios de comunicación y la formación de los Profesionales en Salud para activarlos como portadores de información.

Dentro del Plan de Comunicación se encuentra la producción y difusión de material que pueda llegar a abarcar una población mayor para que conozcan la enfermedad, identifiquen los síntomas y así asistan a un centro de salud para realizar los análisis correspondientes.

Llevando las actividades a un plano real, se puede ver que dentro del Plan no se especifica la labor de los centros de salud, ni su personal. En los planes de acción nacionales del PNCT se habla de las reuniones con la familia, control de contactos, pero en este caso son simplemente tomados como identificación para verificar quienes pueden estar contagiados, y explicación de la enfermedad, siendo esta una explicación en términos médicos con insumos comunicacionales. En el Hospital de Clínicas se cumple con esta función, pero realizando las

charlas simplemente con los pacientes y dejando la información a contactos para que la realice ASPACONT.

Por otro lado, se puede ver que también se contempla el trabajo comunitario, esto con la realización de ferias y actividades donde se pueda informar a la población acerca de la enfermedad, pero no se plantea el papel que deben cumplir los profesionales en salud dentro de las mismas, si bien deben estar presentes no se habla de una capacitación previa para que puedan brindar información adecuada de la enfermedad.

Siguiendo con las actividades planteadas por en el Plan de Comunicación, se realizó la feria en conmemoración del Día Mundial de la Tuberculosis, 24 de marzo, organizada por el Programa Nacional Contra la Tuberculosis, se llevaron a cabo en distintos puntos del país. En la Ciudad de La Paz se establecieron ferias en puntos estratégicos considerando la afluencia de personas a los mismos. La principal se desarrolló en la Plaza Camacho, donde se ubicó el Stand del Hospital de Clínicas, entre otros.

En este punto se pudo confirmar la desconexión en el trabajo con el PBCT, en el Stand (Ver Anexo N°13) estaba presente personal del Hospital, al conversar con ellos se pudo observar que no contaban con la información adecuada, además de no manejar insumos que puedan servir de apoyo, es decir, si bien en el lugar existía esta información, el personal no la aplicaba para detallar la enfermedad, la información es brindada en términos técnicos, de manera veloz y sin contemplar si quien se acercó asimila lo que se le explica.

Continuando con la revisión del Plan de Trabajo, se puede ver que no habla del trabajo de los centros de salud en el área de la información extra a la que se brinda a los pacientes, es lógico que el trabajo del personal de salud es amplio y esto no permite que puedan estar en constante contacto con quienes simplemente asisten al hospital, pero siendo quienes más conocen, pueden aportar en la organización de actividades donde se pueda explicar y crear

cercanía con la población, esto tomando en cuenta que el Hospital de Clínicas actualmente atiende a gran cantidad de nuestra población. Como Hospital de Tercer Nivel, debe contar con mayores espacios físicos que contengan esta información, como ser afiches en el interior del nosocomio, todo el año o en etapas del año en las que se vea mayor incidencia de la enfermedad y no sólo cerca al Día Mundial de la Tuberculosis.

Realizando el análisis de los productos de comunicación masiva, incluyéndose el internet y las redes sociales. Dentro de los medios audiovisuales (radio y televisión) se aplican cuñas y spots, difundidos cerca al Día Mundial de la Tuberculosis, de la misma forma, en los medios impresos se puede ver que se utilizan las publicaciones en periódicos, que sirven de promoción gratuita mediante la publicación de notas que se realizan a los encargados del PNCT. Los documentales que elabora el Programa son difundidos por YouTube, pero no llega a ser de alcance masivo debido a que la población no sabe de la existencia de los mismos, a menos que realice una búsqueda por un motivo específico.

Podemos tomar en cuenta el hecho de que la mayor cantidad de pacientes atendidos con esta enfermedad se encuentra entre los 20 y 29 años, (Ver Anexo N° 12) grupo que se encuentra en mayor actividad y que tiene mayor acceso a medios de comunicación.

#### **9.2.6 Análisis de las acciones de Comunicación en el Hospital de Clínicas**

Revisando la situación del Hospital de Clínicas, es necesario explicar que el PNCT es el encargado de proporcionar los insumos (medicamentos), y productos de comunicación, es con esto que se realiza la gestión de información tanto a pacientes como para la población en general.

De acuerdo a las entrevistas realizadas se pudo identificar que los productos con los que se cuenta (y se aplican) son:

- La cartilla del paciente, necesaria para el seguimiento al tratamiento;

- Afiches que como ya se explicó se los difunde cerca al Día Mundial de la Tuberculosis y en ciertas temporadas simplemente en la Unidad de Epidemiología, ubicada en la parte trasera del Hospital.

Por otro lado, de acuerdo al trabajo de campo, y de acuerdo a la información brindada por los representantes de ASPACONT, respecto a la relación médico-paciente, se pudo identificar que existen médicos y enfermeras que no cumple con las necesidades planteadas en punto de interculturalidad, los profesionales en salud desconocen lenguas como el aymara o el quechua (entre otros) y son apoyados por los trabajadores en salud para comunicarse con los pacientes.

Como se indicó anteriormente, se puede ver que existe discriminación hacia los pacientes con Tuberculosis, creando situaciones de desconfianza y, en ciertos casos, ocasionan el abandono del tratamiento, estos casos son registrados por ASPACONT, quienes sirven de soporte a los pacientes en estos casos.

La relación médico-paciente se establece en los protocolos de atención en salud, pero no se consideran en el Plan de Trabajo Comunicacional 2011.

### **9.2.7 Resultados del Análisis Cuantitativo**

Considerando que los recursos entregados por el TGN se utilizan para las actividades del PNCT, como la subvención de los medicamentos, los análisis, el pago de sueldos de quienes trabajan directamente con el Programa, las actividades y productos comunicacionales; y es esta entidad la encargada de entregar los insumos y materiales a las redes de salud y mediante ellos a los Centros de Salud, es importante esta aclaración para comprender que no se entregan montos de dinero al Hospital de Clínicas (como a ningún centro de salud).

Sobre esta consideración se plantea el análisis de la eficacia en dos bloques, por un lado, se determina el costo global de las actividades del PNCT, y por otro lado el costo de las acciones del “Plan de Trabajo Comunicacional 2011”.

Para analizar la eficiencia del trabajo que se realiza contra la Tuberculosis se verá el costo en relación al beneficio, para ello se identifica el número de casos que terminaron satisfactoriamente el tratamiento específico.

Considerando que la información recabada representa el costo a nivel nacional, se tomó en cuenta a todos los pacientes que llegaron a término de tratamiento dentro del mismo alcance, es importante aclarar que el Hospital de Clínicas no reporta pacientes a término de tratamiento por la transferencia a otros centros de salud de primer nivel de atención, ubicados en distintas zonas de la ciudad de La Paz o en provincia, y no se cuenta con registros de seguimiento a estos pacientes.

**Cuadro N° 9. Relación de Eficacia Programa Nacional Contra la Tuberculosis**

<b>2010</b>		
<b>Eficacia</b>	150.000.000	27%
	364	
<b>2011</b>		
<b>Eficacia</b>	150.000.000	26%
	373	
<b>2012</b>		
<b>Eficacia</b>	150.000.000	39%
	255	

Fuente: Elaboración Propia

Identificando los porcentajes del análisis de la eficacia mediante la relación costo - beneficio, se puede notar que el costo que representa es alto en relación al número de pacientes que son curados de manera eficiente, representando un 39%, en el último año, de pacientes que llegaron a término de tratamiento.



**Cuadro N° 10. Relación de Eficacia de la Estrategia de Comunicación**

2010		
<b>Eficacia</b>	400.000	27%
	364	
2011		
<b>Eficacia</b>	400.000	26%
	373	
2012		
<b>Eficacia</b>	400.000	39%
	255	

Fuente: Elaboración Propia

En la situación de las acciones del área de comunicación, el costo que representan todas las actividades y productos no corresponde a la necesidad, identificando porcentajes de eficacia que no llegan ni al 50%. Revisando las cifras de los casos a nivel nacional y de los pacientes que asisten al Hospital de Clínicas se puede decir que al observar que se tiene un número menor de casos, las campañas tienen el efecto que se prevé, con los porcentajes de eficacia a favor del PNCT.

## CONCLUSIONES

El análisis planteado, presenta luces acerca de la situación actual de las campañas contra la Tuberculosis, mostrando una realidad desalentadora en el Hospital de Clínicas, comprobando la hipótesis del presente estudio, donde se pudo verificar que no alcanza la eficacia propuesta al momento de realizar la planificación por parte del Programa.

Ratificando la Hipótesis de estudio se pudo ver que:

- a. Las campañas Contra la Tuberculosis en el Hospital de Clínicas no tienen la eficacia necesaria, los pacientes no reciben la información suficiente, solo reciben detalles básicos de la enfermedad, de la misma forma, no se realiza reuniones con las familias, para el control de contactos.
- b. No existe información detallada en áreas comunes, por ello los usuarios al asistir al Hospital no cuentan con información accesible.
- c. Nuestro país no se cuenta con leyes que den un marco normativo que permitan la creación de políticas de salud, ni de comunicación que aporten a la Lucha Contra la Tuberculosis, la carencia de leyes permite la creación de espacios de discriminación hacia los pacientes afectando social y económicamente al mismo y a su entorno.
- d. Las Estrategias desarrolladas en la Primera fase, no contaron con los resultados planteados por el PNCT, éste resultado lo reflejaron los estudios de impacto solicitados por el Organismo Andino de salud en 2010, motivo por el cual se modificaron las acciones comunicacionales del Programa.
- e. El Plan de Trabajo Comunicacional 2011 está diseñado sobre los lineamientos establecidos por Luis Ramiro Beltrán, tomando en cuenta las Estrategias de Comunicación y la estructura del Plan de Comunicación, pero llevando esto a la realidad no se cumple con la necesidad de erradicar la Tuberculosis, se denota la

carencia de parámetros para el trabajo de los centros de salud, ni de los profesionales y el personal de salud.

- f. La información brindada por el Hospital de Clínicas no cumple con la necesidad de la población, en muchos casos el personal de salud no cuenta con la información necesaria para ser agentes de información.
- g. La relación médico-paciente muestra falencias respecto al trato hacia los pacientes, ocasionando en muchos casos el abandono del tratamiento.
- h. Los medios y productos de comunicación aplicados son utilizados en fechas cercanas al Día Mundial de la Tuberculosis, lo cual es contraproducente al buscar informar a la población de manera adecuada y permanente, ocasionando desinformación, perjudicando al objetivo de erradicar la enfermedad.
- i. Los productos de información al interior del Hospital no son accesibles para la población, no se observan afiches o folletos informativos de acceso a quienes asisten al nosocomio.
- j. Los profesionales en Salud y el personal de apoyo del Hospital de Clínicas no está capacitada para poder informar, educar y comunicar en temas que están relacionados con la relevancia de la enfermedad.
- k. Existe una disminución de casos de pacientes con la enfermedad, pero existe un crecimiento en el número de casos de abandono del tratamiento, mostrando una falencia en la información.

## RECOMENDACIONES

La Tuberculosis en nuestro país es una de las enfermedades con mayores connotaciones económicas y sociales, es por ello que se decidió desarrollar el estudio que permitan identificar de forma micro la situación de la comunicación, específicamente de las campañas de información en uno de los centros de salud más importantes de la ciudad de La Paz.

Después de realizar la investigación y de plantear las conclusiones, es necesario el aporte de recomendaciones sobre el análisis de la realidad, buscando mejoras que permitan la meta de erradicar la enfermedad se recomienda:

Respecto al Área de Comunicación del Programa Nacional Contra la Tuberculosis:

- a. Colaborar en las gestiones necesarias para la elaboración de la Ley Contra la Tuberculosis, misma que facilitará las tareas del programa y del área de comunicación, mediante el establecimiento de Políticas de acción.
- b. Reconocer y atender los resultados planteados del Estudio de Conocimiento, Actitudes y Prácticas elaborado en 2010 a solicitud del Organismo Andino de Salud, estableciendo espacios de información acerca de la enfermedad, capacitando adecuadamente a los profesionales en salud para lograr eliminar estigmas relacionados a la Tuberculosis.
- c. Rediseñar el Plan de Trabajo Comunicacional enfocándolo en las estrategias planteadas, logrando abarcar de manera macro la información de la población mediante la movilización Social y la Abogacía, trabajando con líderes de opinión y sectores sociales para así poder llegar adecuadamente a toda la audiencia. El rediseño también debe comprender los niveles micro de acciones, delimitando las tareas de los centros de salud, programando el trabajo conjunto, supervisando y fiscalizando las actividades en pro del cumplimiento del Plan.

- d. Identificar el público para determinar los medios por los cuales se difundirá la información, adecuando los productos de información para que sean de fácil acceso y comprensión de toda la población.
- e. Determinar los agentes de comunicación y diseñar cursos de capacitación para que puedan informar de manera adecuada a la población.
- f. Generar actividades en toda la gestión para poder masificar los impactos ofreciendo mayor información, cortando la cadena de discriminación para apoyar a los pacientes.
- g. Establecer nuevos medios de información capaces de alcanzar a la población, considerando el soporte en redes sociales, generando espacios de información con participación de distintos medios de comunicación masiva para alcanzar buscando la difusión en todos los niveles sociales.
- h. Crear indicadores de éxito para medir la eficacia de las estrategias y planes logrando una retroalimentación constante, que apoye a la reestructuración de las campañas para alcanzar mayores niveles de conocimiento en la población.

De la situación del Hospital de Clínicas:

- i. Establecer líneas de acción adecuadas al personal del Hospital para que puedan aportar en las actividades de información, educación y comunicación acerca de la enfermedad.
- j. Mejorar los niveles de relacionamiento del PNCT con el personal del Hospital de Clínicas, trabajando de manera coordinada, contando con mayor material de apoyo, tomando en cuenta el tamaño del Hospital, la cantidad de personas que asisten diariamente al mismo.
- k. Aplicar nuevos medios de información y comunicación que sean de mayor alcance, se puede utilizar los productos para difusión masiva, como son las Cuñas y los Spots

de manera interna, ubicando radios y televisores donde se transmita en una señal cerrada estos materiales para quienes están en salas de espera al interior del Hospital, así también utilizar afiches, folletos de distribución masiva.

- l. Determinar lineamientos para el trabajo conjunto de los profesionales en salud para crear una mejor relación con los pacientes, manteniéndolos informados y creando sistemas de control de calidad respecto a la relación médico-paciente.
- m. Implementar nuevos recursos informativos sobre la Tuberculosis en todo el hospital, aprovechando el gran flujo de personas que asisten al mismo logrando un mayor impacto.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALIAGA, Cristóbal. Construyendo el mensaje Radiofónico. Los géneros y formatos. UCB-ERBOL, Programa Nacional de Formación Universitaria en Comunicación Radiofónica Voces Unidas, LA Paz, Bolivia 2003
- ALBÓ, Xavier. *“Iguales aunque diferentes”*. 4ta ed. La Paz – Bolivia. CIPCA –UNICEF, 2002
- ALBÓ, Xavier. *“Interculturalidad y Salud”* en: FERNANDEZ, J. Gerardo. *“SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA. Perspectivas antropológicas”* Quito-Ecuador, Editorial Abya – Yala, 2004.
- ALGARRA, Manuel M. *“Teoría de la comunicación: una propuesta”*. 2da ed. España: Editorial Tecno. 2003.
- ANDER, Ezequiel. *“Técnicas de Investigación Social”*. 23 ed. Buenos Aires – Argentina. Editorial Magisterio del Río de la Plata, 1993.
- ARMIJO, Marianela. *“Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público”*; ILPES/CEPAL, 2009
- COE, Gloria. *“Comunicación y promoción de la salud”*. Quito-Ecuador: En: Revista Chasqui; volumen N° 63, 1998
- BELTRÁN, S. Luis Ramiro. *“Comunicación para la salud del pueblo: una revisión de conceptos básicos / Luis Ramiro Beltrán”*. La Paz – Bolivia: OMS/OPS, 2011.
- BELTRÁN, Luis Ramiro. *“Salud pública y comunicación social”*. La Paz – Bolivia: En: Revista Chasqui; volumen N° 51, 1995.
- BELTRÁN, Luis Ramiro. *“La Salud pública y la comunicación social”*. La Paz – Bolivia 1998. En: Taller de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva; Cochabamba Bolivia, 8 al 22 de marzo de 1998

BELTRÁN, Luis Ramiro. “*Un adiós a Aristóteles: la comunicación horizontal*” En: punto cero (Bolivia) Año 12 N° 15, II Sem. (Doc. N°1) Revista de la Carrera de Ciencias de la Comunicación Social de la Universidad Católica de Bolivia

BERLO, K. David. “*El proceso de la comunicación*”. Buenos Aires – Argentina; Editorial Ateneo, 14ª Edición, 1984

BORDERÍA, O. Enric; LAGUNA, P. Antonio; MARTINEZ, g. Francesc. “*Historia de la Comunicación Social. Voces Registros y Conciencias*” España: Editorial Síntesis, 1998

DÁVILA, Andrés. “*Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: debate teórico e implicaciones praxeológicas*”. Madrid - España; Editorial Síntesis, 1995

DUES, Michael. BURGOON, Michael. “*Applied Organizational Communication*” Printed Binder Braceland Brothers, Inc.1997

ESTERMANN, Joseph. “*Interculturalidad: Vivir la diversidad*”. La Paz-Bolivia; Editorial ISEAT, 2010

ELLIS, Richard. McCLINTOCK, Ann. “*Teoría y práctica de la comunicación humana*”. 1º ed. Barcelona – España: editorial Paidos, 1993.

FARGA, C. Victorino. “*TUBERCULOSIS*”, 2º Ed. Santiago – Chile; Editorial Mediterráneo, 1992

FERNÁNDEZ, J. Gerardo. “*SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA, Perspectivas antropológicas*” Quito-Ecuador; Editorial Abya-Yala, 2004

GALEANO, Ernesto. “*Modelos de Comunicación*”. Buenos Aires – Argentina; Editorial Macchi, 1997

GRIMSON, Alejandro. “*Interculturalidad y comunicación*”, Editorial Norma, Bogotá-Colombia, 2001



IZQUIERDO, L. Silvano. *“Historia de la Tuberculosis”*. Editorial Moderna Bilbao, 1943

HERNANDEZ, S. Roberto, FERNANDEZ, C, BAPTISTA, P. *“Metodología de la investigación”*. 4ta Ed. México: Editorial Mc Graw Hill, 2007

LÓPEZ V, José Ignacio. *“Manuel Urgente para Radialistas Apasionados”*. Quito – Ecuador, 1997

MCQUAIL, Dennis. *“Introducción a la teoría de la comunicación de masas”*. 3° Ed. Barcelona – España; Editorial Paídos, 2000

MEFALOPULOS, Paolo, KAMLONGERA, Chris *“Manual DISEÑO PARTICIPATIVO PARA UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN”*, 2da Ed. Roma – Italia: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 2008

MEMORIA ANUAL 2008. *“PNUD- FONDO GLOBAL”*. Bolivia, 2008

MEMORIA ANUAL 2009. *“PNUD- FONDO GLOBAL”*. Bolivia, 2009

MICHAUX, Jacqueline. *“Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida”* en FERNANDEZ, J. Gerardo. *“SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA. Perspectivas antropológicas”* Quito- Ecuador, Editorial Abya – Yala, 2004.

MINISTERIO DE PREVISIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA *“Manual de Normas y Procedimientos para el control de la Tuberculosis”*, La Paz- Bolivia, Publicación Técnica N° 11; 1987

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES *“Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis”*, La Paz - Bolivia, Documentos Técnico Normativo N° 67; 2008

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *“Plan Estratégico para el Control de la Tuberculosis en Bolivia 2008 - 2015”*. La Paz – Bolivia, Documentos Técnico Normativo N°

MORENO, S. Edgar. “*Apuntes de Neumotisiología*”. La Paz – Bolivia; Editorial Universidad Mayor de San Andrés, 1979

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD “*El control de las enfermedades transmisibles*”. (Publicación Científica y Técnica No. 613) y Boletín de la OPS sobre la Tuberculosis en la Región de las Américas, Vol. 7, No. 1, 18.a edición. Washington, DC: OPS; 2005.

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 22º Ed. España: REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 2001

SILES, E. Hugo. “*Significación compartida: introducción a los modelos y efectos de la Comunicación*”. La Paz – Bolivia; Editorial Efecto Impresiones, 1995

RICCI Pío, ZANI Bruna. “*La comunicación como proceso social*”. 1ra ed. México – Distrito Federal: editorial Grijalbo, 1983

TORRICO, Raúl. “*Breve Recuerdo Histórico de la Tuberculosis*”, La Paz – Bolivia; En Revista Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina; Volumen 10 N°1 – 2 Enero – Diciembre, 2004

VÁZQUEZ, M. Manuel. “*Historia y comunicación social*” Barcelona – España; Editorial Nuevo Instrumentos Universitarios, 1997

VERDERBER, Rudolph; VERDERBER, Kathleen. “*¡Comunícate!*” 11º ed. México: Internacional Thomson Editores, 2006.

## **INSTRUMENTOS JURÍDICOS**

CÓDIGO DE SALUD DE BOLIVIA, Decreto de Ley N° 15629 en La Gaceta Oficial Edición °1003

CONSTITUCIÓN POLITICA DEL ESTADO, en la Gaceta Oficial Publicada el 07 de febrero de 2009, Edición Especial Nueva Constitución Política del Estado

DECRETO SUPREMO N° 29894, en la Gaceta Oficial, publicada el 25 de enero de 2009, Edición 116 ESP.

## **INTERNET**

<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-boletin.htm> (visitada en noviembre, 2009)

[www.ops.org.bo/](http://www.ops.org.bo/) (visitada en noviembre, 2009)

[www.stoptb.org](http://www.stoptb.org) (visitada en noviembre, 2009)

[http://saludpublica.bvsp.org.bo/sys/s4a.xic?DB=D&CN=\\*&S2=4&S6=1&S7=30&S8=1&S22=a&ST=T0005&EI=\\$](http://saludpublica.bvsp.org.bo/sys/s4a.xic?DB=D&CN=*&S2=4&S6=1&S7=30&S8=1&S22=a&ST=T0005&EI=$) (visitada en noviembre, 2009)

<http://www.boliviay.com/bolivia-bolivia/Hospital-de-Clinicas-la-Paz.html> (visitada en octubre de 2010)

[http://idh.pnud.bo/index.php?option=com\\_hello&view=hello2&Itemid=56&id=6](http://idh.pnud.bo/index.php?option=com_hello&view=hello2&Itemid=56&id=6) (visitada en enero 2011)

<http://www.aulaintercultural.org/IMG/pdf/comintercultural.pdf> (visitada en junio de 2011)

<http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia-210-1-lacomunicacion-intercultural-como-base-para-una-comunicacio.html> (Visitada en julio de 2011)

[www.crevillent.es/files/concejalia.../comunicacion\\_intercultural.doc](http://www.crevillent.es/files/concejalia.../comunicacion_intercultural.doc) (Visitada en julio de 2011)

[http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion\\_BIC%20Galicia.pdf](http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion_BIC%20Galicia.pdf) (Visitada en enero de 2012)

[www.icarito.cl/enciclopedia/articulo/...y.../51-8789-9-afiche.shtml](http://www.icarito.cl/enciclopedia/articulo/...y.../51-8789-9-afiche.shtml) (Visitada en mayo de 2012)

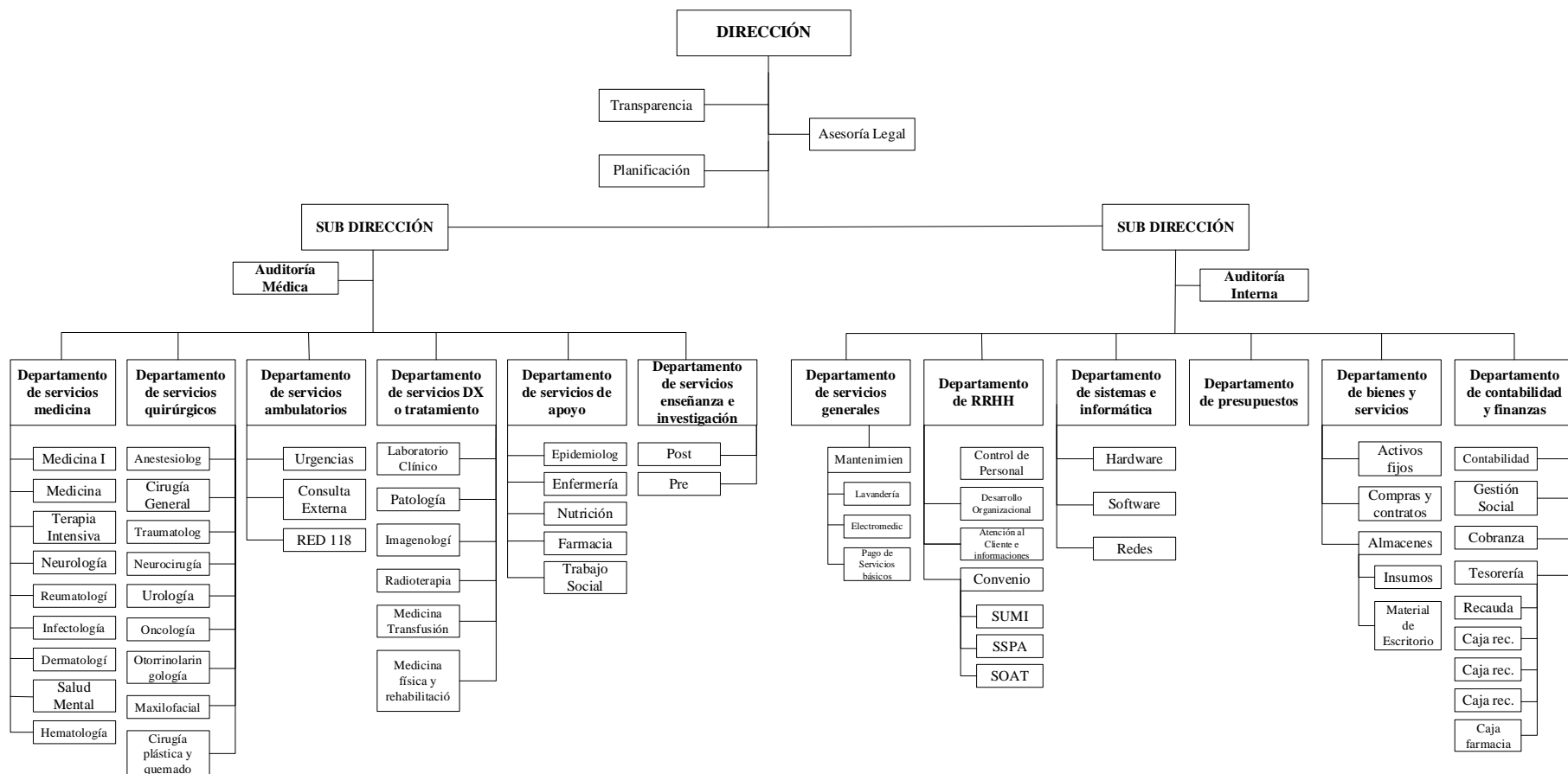
<http://es.wikipedia.org/wiki/Folleto> (Visitada en mayo de 2012)

<http://es.wikipedia.org/wiki/Rotafolio> (Visitada en mayo de 2012)

[http://es.wikipedia.org/wiki/Lenguaje#Comunicaci.C3.B3n\\_t.C3.A1ctil](http://es.wikipedia.org/wiki/Lenguaje#Comunicaci.C3.B3n_t.C3.A1ctil) (Visitada en mayo de 2012)

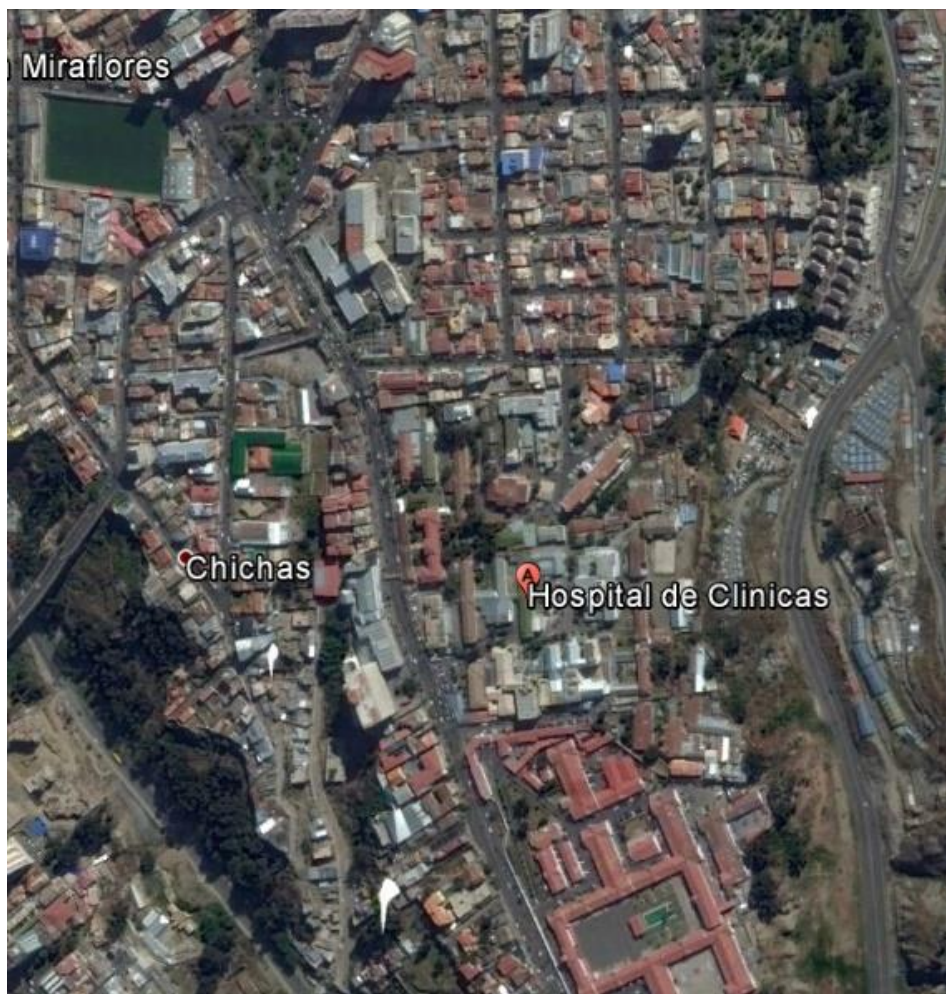
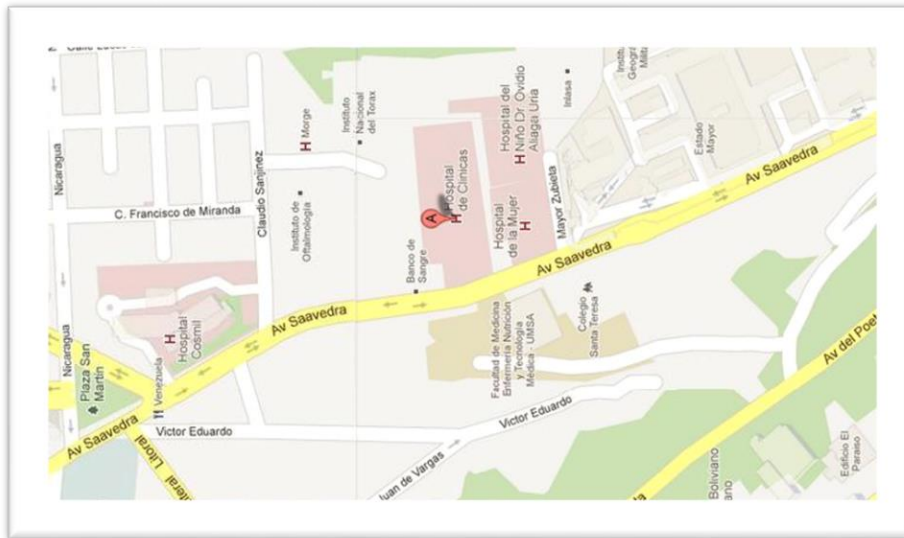
## **ANEXOS**

# Anexo 1 Organigrama Hospital de Clínicas<sup>121</sup>



<sup>121</sup> Información de Recursos Humanos del Hospital de Clínicas

## Anexo 2 Mapa del Hospital de Clínicas



Fuente: Google Maps. - Hospital de Clínicas



Hospital de Clínicas

UNIDAD DE  
INFECTOLOGÍA DEL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS





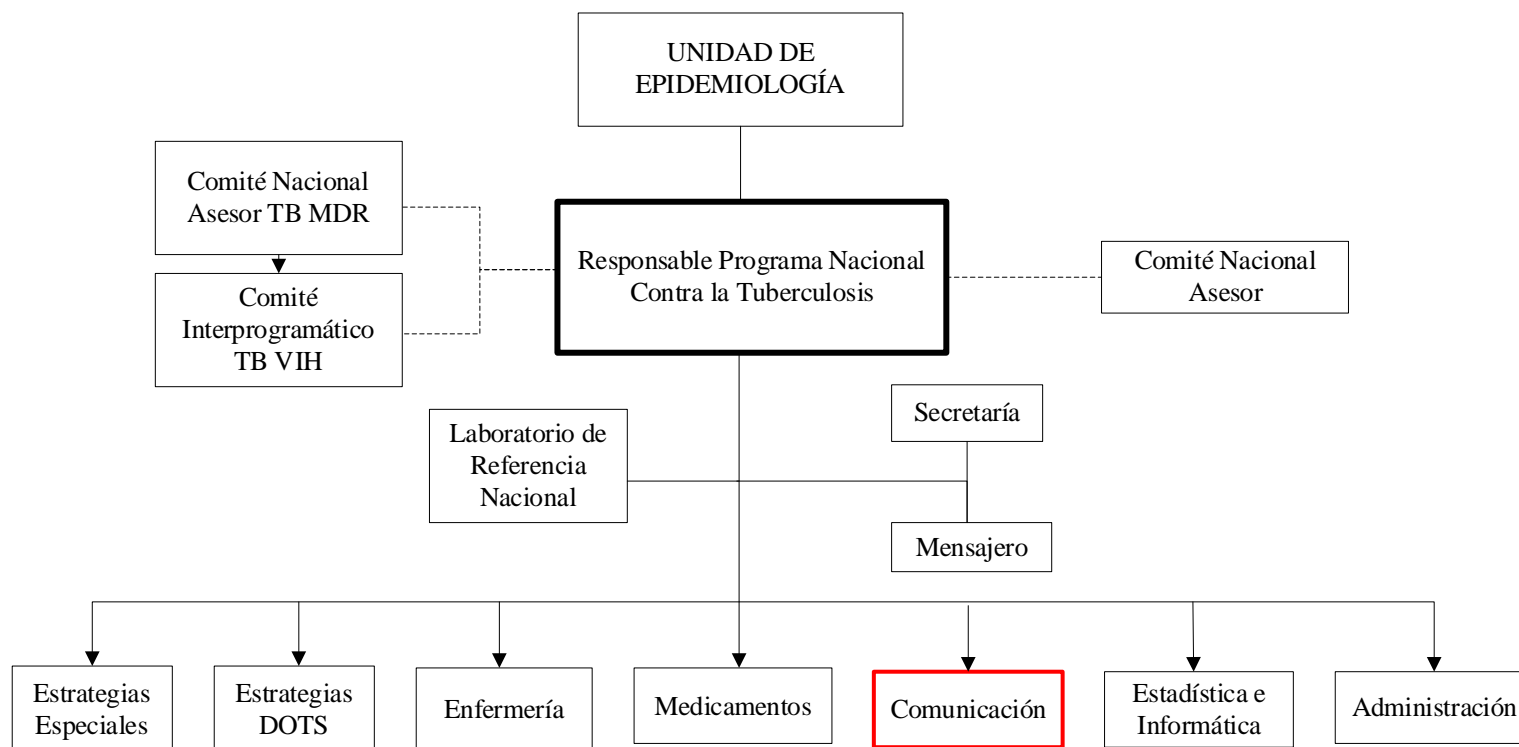
### Anexo 3 Marco Normativo

<b>CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO</b>	
<b>Artículo 9</b>	V. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo
	I. Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación
<b>Artículo 16</b>	II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población.
	I. Todas las personas tienen derecho a la salud
	II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
<b>Artículo 18</b>	III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intra-cultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno
<b>Artículo 35</b>	I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”
<b>Artículo 37</b>	El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”.

**CÓDIGO DE SALUD D.S. 15629 DE 18 DE JULIO DE 1978**

<b>Artículo 2</b>	La salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.
<b>Artículo 3</b>	“Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna”.
<b>Artículo 4</b>	“Se establece el derecho a la salud de todo ser humano que habite el territorio nacional, sin distinción de raza, credo político, religión, y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado”.
<b>Artículo 5</b>	El derecho a la salud del habitante boliviano consiste en: b) A ser informado por la Autoridad de Salud en materias relacionadas con la conservación, restauración y mejoramiento de la salud.
<b>Artículo 11</b>	La educación para la salud debe estar orientada a crear un adecuado estado de conciencia en la población sobre el valor de la salud, promoviendo su prevención y mejoramiento y obtener participación activa en la solución de problemas de salud individual y colectivamente.
<b>Artículo 73</b>	La Autoridad de Salud determinará las enfermedades de declaración obligatoria y organizará el sistema de notificación, así como los medios y procedimientos técnicos para su prevención y control.

#### Anexo 4 Organigrama Programa Nacional Contra la Tuberculosis



## **Anexo 5 Entrevista 1**

### **HOJA DE ENTREVISTA**

**Entrevistado: Lic. María Lourdes Carrasco**

**Cargo: Ex Jefa Nacional – Programa Nacional Contra la Tuberculosis (PNCT)**

**Fecha: 14 de marzo de 2011**

#### **¿Con el apoyo de qué organismo Internacionales trabaja el Programa?**

Trabajamos con el Fondo Mundial y con recursos de las ONG's de USAID, gestión y Calidad, socios para el desarrollo, John Snow, esas son las de USAID.

Primero los de USAID han comenzado su trabajo en El Alto y en algunas provincias de alto riesgo del interior de La Paz, por ejemplo, en Chulumani y Caranavi. Ahora su tarea se está extendiendo a los departamentos de Cochabamba y Santa Cruz.

#### **¿Quiénes son los encargados de difundir la información?**

En el programa tenemos una Licenciada en Comunicación y ella es la responsable de hacer desde el primer papel hasta la diagramación de todo lo que tiene que ver en material e instrumentos del programa.

#### **¿Cuántas personas trabajan en el Programa?**

Actualmente en el programa estamos muy desfortalecidos, en el área técnica hay solamente una licenciada en enfermería que está como supervisora, tenemos un técnico en estadísticas, tenemos un técnico en cárceles, tenemos la comunicadora social y mi persona, más el equipo de laboratorio nacional de referencia en Tuberculosis.

#### **¿Qué medios utiliza el programa para informar al público?**

Es por épocas, dependiendo de las situaciones económicas, si hay recursos en un momento dado utilizamos Spots televisivos, usamos Spots Radiales, usamos medios clásicos como los bálticos, trípticos, cuadernillos, más los utilizamos en ferias de salud y aprovechamos de los

establecimientos que proporcionan televisores, tenemos cuñas radiales que son las que se pasan a la espera de los pacientes en los establecimientos

**¿Qué tipo de capacitación reciben los profesionales que trabajan con las personas con Tuberculosis respecto a cómo se les tiene que hablar?**

Una de las tareas importantes es la de la adherencia, en la que se trata que el paciente asuma que se tiene que tratar, se llama consejería, y eso es en todos los niveles de salud en cuanto se diagnostica, diagnosticamos y es obligación del personal en salud hacer una sesión de consejería al paciente y a su familia, hasta que el paciente entienda cual es la importancia de su trabajo, de su trabajo porque es su obligación como paciente, el cumplir con todo esto y ayudando a que se cumpla con todo el tratamiento.

**¿Por qué hay tantos casos en Bolivia de la enfermedad?**

Nosotros debemos hablar de cuantos casos tenemos en Bolivia, nosotros tenemos alrededor de 10 millones de habitantes, el país en la última gestión ha notificado alrededor de 9.000 pacientes en todas sus formas, lo cual quiere decir, contagiosos, no contagiosos, los nuevos y los antiguos. Entonces eso representa un % de pacientes, con exactitud me han notificado 9.110 casos de estos 8.378 casos son nuevos y de estos son 6.636 pulmonares positivos, los que contagian, si son bastantes, pero no son todos, esto es lo que se ha captado, pero se estima que sean muchos más en el país, y no hemos captado por que no es responsabilidad nuestra sino son los establecimientos los que tienen que hacer ese trabajo, es un trabajo de todos los establecimientos.

Una de las preguntas que a mí me gustaría que esté dirigida al hospital, que cuando diagnostican un caso de Tuberculosis BAAR (+) nuevo contagioso, que hace con sus contagios, no se está realizando una pesquisa correcta de los contagios en los contactos.

**¿Qué condiciones da nuestro país para que haya esta cantidad de casos?**

Los problemas estructurales, es un país del tercer mundo, país en desarrollo. Tuberculosis tienen los más pobres y el problema tiene mucho que ver con el problema económico social de nuestro país, la forma de vida que tiene nuestra población es determinante.

## **Anexo 6 Entrevista 2**

### **HOJA DE ENTREVISTA**

**Entrevistado: Dra. Carmen Ovando**

**Cargo: Jefa Unidad de Epidemiología – Hospital de Clínicas**

**Fecha: 27 de Julio de 2011**

**¿Cuántos casos se han dado en lo que lleva del año y el año pasado de Tuberculosis?**

El año pasado se han dado cerca de 250 casos, actualmente estamos cerca a esa cantidad, unos doscientos casos casi, hasta el momento.

**¿Cuántos casos hay de abandono de tratamiento por año?**

Correcto, en el Hospital cerca del 15 al 17% de abandonos hay, eso es lo que hemos sacado en estudios de corte que hemos realizado, cerca al 17%, entre 15 y 16%, al 17% de abandonos hay. Cuáles son los pacientes que generalmente hacen abandono del tratamiento, existen poblaciones de riesgo en esta enfermedad, las poblaciones de riesgo especialmente son la población que consume alcohol, una gran parte de los pacientes que hacen abandono del tratamiento son pacientes indigentes que viven en las calles, también otro tipo de pacientes que hacen abandono son los pacientes que tienen alguna enfermedad de base, por ejemplo las enfermedades renales crónicas, entonces también este tipo de pacientes hace abandono de tratamiento o la co - morbilidad de VIH y Tuberculosis.

**¿Con qué medios cuenta el programa para relacionarse el médico con los pacientes?**

Bueno en realidad, tenemos hay algunos afiches y hay algunos pequeños libritos de información para el paciente, en realidad para la comunidad, pero estos llegan en menor

cantidad que hace años atrás, cuando realmente el Programa de la Tuberculosis tenía mucho más material educativo.

### **Y dentro del Hospital ¿Con qué materiales se cuenta actualmente?**

Lo que nos dan son esos pequeños libritos y son las normas y procedimientos en realidad. Porque después otro tipo de medios, trípticos, volantes, lo que antes se daba, actualmente no hay, sin embargo mucho depende del profesional médico, de la concientización que pueda hacer el profesional médico al paciente de tuberculosis, explicarles, porque muchos tienen ciertos conocimientos, actitudes y prácticas en referencia a lo que es la tuberculosis, en relación a la procedencia, al lugar de donde viene, inclusive conocen a la tuberculosis con otros nombres, y ellos saben cuál es el tratamiento que se le instituye, el tratamiento tradicional, de la medicina alternativa en los lugares en donde procede, por ejemplo, la tuberculosis peritoneal por la mayoría de los pacientes que proceden del área rural, es conocida como Kurmi, y ellos tienen unas concepciones mágico religiosas acerca de la presentación de la enfermedad, y como tal la tratan, porque para ellos el tratamiento es en forma conjunta, tanto el espíritu, el alma como la parte física, orgánica, y tienen unas medicinas que ellos utilizan, pero ahí es donde el profesional tiene que ingresar y decir que el tratamiento es integral en el paciente, que tienen que tratar la parte emocional, la parte orgánica, para reflexionarles y decirles que este tratamiento es largo y para decirles que por mucho que ellos tengan esa concepción mágico religiosa no hay que dejar de lado, sino que hay que introducirse en su cultura, sin dejar de lado aquello hay mostrarles que esto sí necesita medicamentos como son los quimioterápicos o los antibióticos para la Tuberculosis y que el tratamiento es largo y que para la Tuberculosis, como ellos conocen, como el “mal de minas”, no solamente es en los pulmones, sino que es en cualquier parte del organismo.



**¿La estrategia toma en cuenta las características de los pacientes, como ser su cultura o tradiciones?**

Debería ser, la campaña publicitaria debería ser más acorde a las regiones, pero en forma permanente, no solamente cuando se recuerda el Día de la Tuberculosis, las campañas deberían ser en forma permanente, a través de todos los medios audiovisuales debería haber campañas masivas, en las regiones inclusive.

**¿Existen capacitación para preparar al profesional en salud para que pueda comunicarse de manera adecuada con los pacientes afectados con esta enfermedad, tomando en cuenta el tipo de enfermedad e identificando al paciente como un todo?**

Lo que tenemos que hacer los profesionales médicos, y lo que dice el mismo paciente es que no toman en cuenta lo que les estamos diciendo y tienen temor de expresar lo que ellos han hecho, porque para cualquier paciente, incluyendo los que tienen una formación académica, que es lo primero que hacen en su casa cuando se sienten mal, ante cualquier enfermedad, lo primero que hacen es consumir mates, te va a hacer bien el mate de coca, el mate de manzanilla, me han dicho que tal cosa es buena para tal cosa, todos hacemos eso en la casa, cuanto más las personas que están imbuidas desde hace años en la medicina alternativa y tradicional.

**¿Cuántas personas del Programa Nacional Contra la Tuberculosis trabajan en el Hospital de Clínicas?**

El trabajo que se realiza está constituido por niveles, el ministerio da la parte normativa, el SEDES hace cumplir esa parte, y nosotros nos constituimos en la parte operativa, y la parte operativa es la que verdaderamente llega al paciente y acá en el hospital como tenemos 28 especialidades, entonces cada médico de cada especialidad siempre va a ver por lo menos un

caso de Tuberculosis, ven los traumatólogos, ven los neurocirujanos, los neurólogos, los cirujanos generales tienen hallazgos quirúrgicos en la Tuberculosis peritoneales que suelen ser muy graves actualmente, los nefrólogos, los dermatólogos ven Tuberculosis cutáneas de presentaciones muy tórpidas en realidad todos, todas las especialidades ven la Tuberculosis, entonces ya conocen de que este es un programa que tiene un tratamiento acortado de 6 meses, que los medicamentos tienen reacciones adversas y eso se le habla al paciente, pero esto tendría que ser con más énfasis, tomando en cuenta que la mayoría de las personas, inclusive el personal de salud, yo he visto recientemente que no sabían que podía haber en otras partes del organismo, que sólo era pulmonar y no es así, hay tuberculosis pleural, peritoneal, renal, intestinal, etc. en todas las formas.

**¿De qué manera se realiza la consejería a los pacientes, para explicarles acerca de la enfermedad?**

Primero que nada es bien importante conocer la procedencia del paciente, porque de acuerdo a la procedencia uno se da cuenta que conocimientos y actitudes tiene frente a la enfermedad, entonces lo que uno tiene que hacer es profundizar para que ellos tomen conciencia de que esta enfermedad si bien se atenúa, o sea el organismo va funcionando y el paciente deja por años, porque dice, si ese mate me ha hecho efecto, yo estuve con eso y efectivamente mejora la función del órgano ciertos medicamentos o yerbas que ellos conocen para mejorar la función, ha habido de esos casos, mejora la función del órgano, en cuanto a las tuberculosis renales, ellos saben que tienen que tomar mate de Yanten, del cara yanten, mate de boldo, cola de caballo, ese tipo de cosas que ellos mencionan, obviamente eso hace que mejore la diuretes, pero lo que no saben es que el bacilo va socavando la función del órgano, y cuando ya pasaron muchos años, ya está en un proceso de insuficiencia renal, recién acuden y uno ve que es una Tuberculosis.

## **¿Cómo se desarrolla el Control de contactos en la Unidad de Epidemiología?**

Se habla con los parientes y con el paciente explicándoles que este tratamiento, que si el paciente deja este tratamiento no se va a curar y que es más, si deja este tratamiento va a haber resistencia los medicamentos que se le está dado en calidad de donación, que es el estado boliviano que está con este programa, y que conseguir los otros medicamentos, que son más caros y que no tienen la misma efectividad y son más tóxicos, entonces se concientiza al paciente y al familiar, y al familiar se le dice que tiene que dejar de trabajar un tiempo cuando tiene una tuberculosis pulmonar donde el cansancio es tan visible en el paciente que él no puede trabajar, pero la pobreza en el país que es tan grande que otros no pueden dejar de trabajar. O dejan de trabajar por algunas circunstancias, por ejemplo hay pacientes que tienen Tuberculosis en la columna o enfermedad de Pott, y llegan al punto que pueden inclusive perder la sensibilidad la motilidad y pueden dejar de caminar, estos pacientes no pueden trabajar .y obviamente se constituyen, porque el varón prácticamente es el que lleva el recurso económico para que la familia salga adelante, entonces se constituyen como una carga para la familia, pero hay gente que quiere que se sane y ayudan, a veces la mujer se pone a trabajar o está trabajando y coadyuvan en el hogar; así hemos tenido muchos casos de éxito en el tratamiento porque vienen y adquieren la confianza, hemos tenido gracias a Dios en este centro de que vuelven los pacientes después de un tiempo en buenas condiciones nos preocupamos de que estos pacientes salgan bien de la enfermedad, lamentablemente por esta falta de comunicación a la población en cuanto a la tuberculosis, las tuberculosis extra pulmonares son ahora de presentación en casos muy terminales, el paciente viene a morir, cuando ya no se puede hacer nada, está una semana o dos semanas y luego fallece.

**¿Se dice que esta es la enfermedad de la pobreza, cuales son las condiciones para que este grupo social sea el más afectado?**

En realidad la Tuberculosis es la enfermedad de la pobreza, es el indicador de pobreza de un país, desde tiempo antiguo se ha visto eso, que las personas que no tenían acceso a la salud y a la educación, se forma el círculo vicioso de la pobreza, falta de trabajo, enfermedad, y eso es una cadena que no se puede muchas veces salir de ese círculo vicioso y es cierto hemos visto que la gente que realmente no tienen ingresos es la gente que más se enferma, pero el organismo es un todo y hay un equilibrio entre ellos, en la cadena epidemiológica y la gente que no tiene muchos recursos no come o come una vez al día y como no come mucho tiene q conformarse con un plato al día o un desayuno que se constituye en té con pan, no hay acceso, actualmente la quinua, llamado el grano de los dioses, la gente no come por que el costo ha subido enormemente, la alimentación que nosotros deberíamos optar no estamos, hay un cambio en la parte nutricional que lo que comemos son otras cosas que no son nutritivas por los costos, uno ya no accede a comprar quinua de forma permanente y con los alimentos que nosotros producimos en cada región podemos estar muy bien alimentados, pero hay una inversión de esta situación y es por eso que la gente que menos se alimenta es la que más se enferma porque hay un desequilibrio en la nutrición, cuanto uno más desnutrido está, las enfermedades son las oportunistas que van a estar ahí presentes y entre ellas es la tuberculosis que si efectivamente que es un indicador de pobreza de un país.

**¿Y qué otros factores hacen más vulnerables a la población que vive en pobreza, más allá de la mal nutrición?**

Aparte de la mal nutrición, está el hecho de que no conoce de la enfermedad, no se llega a la población con información adecuada de las enfermedades prevalentes en el país.

**¿La unidad cuenta con el apoyo de algunas instituciones, ONG's, para la dotación de medicamentos como para informar acerca de la enfermedad, o corre el gasto por parte del Hospital?**

Acá se hace con recursos del hospital, pero también hay grupos de ayuda con los que cuenta el Hospital, estos grupos de ayuda coadyuvan para el tratamiento de complicaciones la propia enfermedad, por ejemplo hay pacientes que necesitan transfusiones de sangre, se hacen los trámites pertinentes y podemos optar a que nos ayuden con una transfusión de sangre, siempre y cuando hayan donadores porque la sangre tiene un costo, y por más que tenga un costo y no hay donadores, no podemos acceder a ese paquete de glóbulos rojos o de plasma fresco que se requiere, pero en cuanto a otros medicamentos para las complicaciones de la enfermedad, también nos es, no difícil, pero tampoco es fácil, podemos conseguir los medicamentos, pero no siempre.

**¿Cuántos casos hay de término de tratamiento en este año?**

En realidad, los casos son transferidos a los otros niveles de atención, al segundo o al primer nivel, de acuerdo a la procedencia y a la situación del paciente, muy pocos casos se quedan en el hospital, generalmente a los que se atiende en el Hospital son los que están internados en cualquiera de las unidades médico-quirúrgicas del Hospital.

## **Anexo 7 Entrevista 3**

### **Hoja de Entrevista**

**Entrevistado: Johnny Quispe**

**Cargo: Presidente Departamental de la Asociación de Pacientes con Tuberculosis  
ASPACONT – La Paz**

**Fecha: 17 de octubre de 2012**

**¿Con cuántos afiliados cuenta actualmente a la Asociación?**

En realidad, toda persona que está afectada con Tuberculosis en todos los centros médicos a nivel Nacional, ya es parte de ASPACONT, como paciente. Nosotros estamos clasificados por Departamentos, nosotros tenemos una Nacional, la presidente es la Sra. Eva Limachi, de ASPACONT Bolivia y nosotros tenemos regionales, somos en total 10 regionales, cada Departamento tiene su ASPACONT diferente, pero La Paz tiene dos, una es en El Alto.

**¿Y actualmente cuántas personas están en ASPACONT?**

Activas somos cinco personas por Departamento, en La Paz si se ha logrado realizar más porque nos hemos ido más a los Yungas, entonces en los Yungas, sobre todo en Chulumani y en Caranavi ya tienen ASPACONT.

**¿Con cuántos pacientes se tiene contacto en ASPACONT en La Paz?**

Diez mil pacientes, contando los públicos y los privados.

**¿Cuál es la forma de tomar contacto con los pacientes nuevos?**

Mediante los DOTS, las enfermeras que los atienden que toman el contacto con ellos, nosotros repartimos boletines, estos últimos tres meses hemos repartido boletines donde indicamos que es la Asociación, porque nos hemos organizado, y los datos de los representantes, de cada regional, para que nos puedan contactar.

**¿Ustedes trabajan solamente con pacientes o también con el entorno familiar?**

Como afiliados solamente tomamos a los pacientes, pero en el área de trabajo, talleres de información tomamos a los familiares y a los terceros que los rodean.

**¿Cada cuánto tiempo se realizan los talleres?**

En esta primera fase que es desde septiembre de 2011 a septiembre de 2012, hemos realizado 27 reuniones, esas 27 reuniones se han programado con PROSALUD.

**¿Cuentan con el apoyo de otras instituciones?**

En realidad, nosotros nos subvencionamos con recursos del Fondo Mundial, Programa de Tuberculosis, nos dan propuestas a nosotros, proyectos para talleres y nos mandan el dinero y cuando no tenemos mucho dinero nos apoyan las instituciones, en este caso PROSALUD y el programa departamental.

**¿Cuál es el apoyo que reciben del PNCT, les dan los medios informativos como ser trípticos cartillas, etc.?**

En realidad, nosotros compartimos, nosotros también contamos con material de información, nosotros les brindamos a ellos y ellos también nos brindan a nosotros,

**¿Con qué financiamiento trabajan?**

Fondo mundial, recursos del Fondo Mundial.

**¿Este financiamiento es directo o mediante el Programa?**

Mediante el Programa.

**¿Los pacientes que están en la Asociación son pacientes de un solo tipo de Tuberculosis o con diversos tipos de la enfermedad?**

Son todos los pacientes que tienen los tres tipos de Tuberculosis, el normal, RAFA y MDR, ahora están apareciendo XR, se toma a todos en cuenta.

**Dadas las características socioeconómicas de la enfermedad, ¿cuentan con apoyo profesional para la realización de los talleres, como ser trabajadores sociales, psicólogos, etc., con el fin de colaborar de forma integral a los pacientes y a las familias?**

Hay talleres que son específicamente para personal de salud, donde asisten trabajadores sociales, enfermeras, médicos, se llaman “Talleres de sensibilización”, ahí el tema central es estigma y discriminación. Pero indirectamente nosotros como talleres no tomamos, nosotros como Asociación no tomamos en cuenta a los pacientes, eso lo realiza la nacional, como departamental.

**¿Existe discriminación en nuestra sociedad con las personas que tienen esta enfermedad?**

Eso se da, es cierto, sigue habiendo discriminación.

**¿En qué ámbitos se ve mayores casos de discriminación?**

En el ámbito laboral sobre todo, por ejemplo hubo 3 compañeros que vinieron a ASPACONT indicando que por el solo hecho de detectarles Tuberculosis han sido despedidos, se les ha pisoteado el derecho laboral, tampoco se ha respetado la ley del trabajo, no les han dado sus beneficios sociales, los han votado, directamente ha sido algo fuerte, por eso la nacional también está encargada de realizar esa clase de talleres con los empresarios, tengo conocimiento que para la segunda fase que empieza en septiembre de 2013, ASPACONT tiene planeado reunirse con los municipios y con el Ministerio de Trabajo y al reunirse con el Ministerio del Trabajo contactarse con las empresas para ir dando talleres poco a poco.



**¿Usted cree que existe información para la población en general acerca de la enfermedad?**

Directamente no, yo veo que no. En el lado de Yungas en La Paz sí, porque sin querer tenemos un buen aliado, los representantes de Radio Yungas, pero acá en La Paz se pagan Spots y jingles publicitarios pequeños que duran a lo mucho 30 segundos y se dan en espacios o en tiempos que mucha gente no escucha o no le toma importancia al medio de comunicación, yo escuche en Radio San Gabriel a las 9:30 de la noche y eso que por pura casualidad.

**¿Usted cree que hay una relación de ambos, es decir, que no hay información y que exista discriminación?**

Exacto, porque hay una mal información a las personas, antes le llamaban la Tisis y cuando esta persona está mal te tienes que alejar, y lo que hacían es prácticamente los echaban a un lado. También hay una mal información sobre el campo médico sobre las pastillas que toman, porque seguimos viviendo en eso de las costumbres y las medicinas naturales, eso de tomarte una leche de burra o anda a comer plátano rojo para curarte de la Tuberculosis, siguen muriendo por ese aspecto.

**¿Los tratamientos naturales son efectivos?**

Son efectivos para dar impulso, fuerza física, como lo hace la Chía, pero para eliminar al bacilo de la Tuberculosis no, está comprobado que sólo los medicamentos que dan en los centros médicos son los que pueden acabar con estos bacilos.

**¿El tratamiento es completamente gratuito?**

Ahora si es completamente gratuito, hasta el 2006 era gratuito sólo el tratamiento normal, para la Tuberculosis normal, que era de uno a ocho meses, ahora se ha modificado de 1 a 6 meses, el 2008 ASPACONT a la cabeza de Eva Limachi ha logrado que el tratamiento sea

gratuito para los casos multidrogo resistentes, pero con varias falencias, los medicamentos que ellos utilizan son más fuertes y por ende más caros el pedido que realiza el estado boliviano para conseguir esos medicamentos oscila entre los 20.000 \$us para arriba, por persona, y lastimosamente tarda en llegar, bueno tardaba en llegar en ese tiempo 6 meses, póngase que una persona que estaba como multidrogo resistente tiene un tiempo determinado de vida aproximado de 2 años si no se le practica el tratamiento, si no se le da el tratamiento y muchos llegaban a fallecer por ese aspecto, se hacía el pedido del medicamento y llegaba el medicamento cuando la persona ya había fallecido, eso se ha visto en el Hospital de Clínicas, esto no es por negligencia médica sino por logística.

### **¿Cómo califica la relación médico paciente según su experiencia?**

Se realizó una reunión el 2009, en los Yungas donde se ha reunido todo el personal enfermeros y neumólogos sobre ese caso y se ha indicado que muchas enfermeras discriminaban a los pacientes, no les daban la información necesaria, se sigue viendo eso, vienen pacientes nos siguen informando sobre el caso, el último caso que se ha dado sobre este asunto es en el hospital Holandés, hemos hablado con la enfermera, se ha logrado cambiar un poco ese aspecto, pero yo estoy seguro que cada profesional busca sus intereses para nosotros nos van a decir les vamos a atender bien, pero es otra cosa vivirla. Yo he recibido mala información en El Alto donde me han detectado Tuberculosis, no me han informado que era, solamente me han indicado tienes Tuberculosis y tienes que venir cada día a tomar tus medicamentos, no me han dicho como puedo prevenir a mi familia, que tengo que realizar para ponerme mejor, que medicamentos debo tomar ni que efectos me van a causar, no me han dicho nada de eso. Si me han dicho cuando me trasladaron al Hospital de la Garita, en el Hospital La Paz, ahí la enfermera me ha indicado bien, hay buenos y malos enfermeros.

**¿En el momento en el que un paciente es diagnosticado con esta enfermedad, debe comenzar a asistir diariamente al hospital?**

Lo más recomendable es que el tratamiento sea supervisado con los enfermeros DOTS, pero hay excepciones, hay casos donde tienen que trasladarse o viven lejos del centro médico o en las laderas, entonces viendo ese estudio, el enfermero o la enfermera se ha capacitado para darle el medicamento, pero siempre haciendo responsable a un familiar o a un vecino cercano para que controle, supervise que tome los medicamentos. Hay también convenios internacionales que indican que si yo tengo Tuberculosis y tengo que viajar a otro país tengo que hacer mi transferencia, pedir mi tarjeta de tratamiento, y cuando yo viaje, con esa tarjeta de tratamiento acercarme al centro médico del extranjero y ellos me deben otorgar el medicamento gratuitamente.

**¿Al interior de ASPACONT se vio casos de abandono de tratamiento?**

Eso se ve mucho, hay factores para el abandono, no todos lo abandonan por querer, hubo abandonos por que el tratamiento causo efectos secundarios, han causado daños los medicamentos, no han tenido información de que se podía cambiar los medicamentos a uno de segundo nivel, han abandonado, hay abandono por el lado laboral también, yo tengo personas que dependen de mí, entonces lo dejo, hay personas que han dejado así, pero algo que se ve últimamente es la borrachera, el vicio. Tenemos un caso en Villa Armonía, un compañero ha abandonado 6 veces el tratamiento, ya es MDR, lastimosamente lo único que le queda es esperar el fallecimiento por el abandono del tratamiento. Los buscamos, pero no se dejan encontrar también, vas a su vivienda, va el médico, las enfermeras, vamos nosotros, pero no los encontramos dan direcciones falsas, chocamos con eso.

### **¿Cuál es la relación con los pacientes indigentes?**

Últimamente ASPACONT La Paz ha empezado a hacer contacto con personal del grupo SEAMOS, ellos están a cargo en una de sus actividades de tratar con las personas indigentes nosotros no tenemos el apoyo del área psicológica porque son personas con problemas psicológicos, es bien difícil sacar de las calles a esas personas, lastimosamente siguen el tratamiento un tiempo, pero no pueden dejar el vicio y abandonan el tratamiento. Hay mayor posibilidad de abandonar el tratamiento.

### **¿Qué factores ve para este abandono de tratamiento, además del vicio se podría ver el factor de la falta de información?**

Yo me pongo del lado del enfermero en ese aspecto, encontrar una persona indigente que tenga Tuberculosis es bien diferente explicarle que tiene que hacer o cómo prevenir o cómo se va a curar, a una persona que no es indigente, es más difícil contactarse con esa persona. Pero ellos indican que lo hacen. Lastimosamente el entorno del indigente es lo que hace que deje, porque seamos conscientes hay machismo todavía en Bolivia y siempre hay un jefe en las personas indigentes que quieren manejarles a ellos, a mi criterio no, eso influye mucho para que la persona que es indigente y que está en tratamiento y quiere recuperarse al final lo termina dejando, es también el trato médico, porque, yo creo, si yo voy mal vestido a un centro médico, porque vivo en la calle, verde que me atiendan como atienden a una persona normal quieran o no quieran los médicos los van a discriminar, el personal de salud siempre los trata menos que a los demás y eso también hace que uno quiera dejarlo yo como indigente puedo ir a un centro de salud y si me tratan mal ya no vuelvo a ir, prefiero quedarme en la calle y tomarme mi traguito.

**¿Esta enfermedad por sus características está ligada a la pobreza, pero como ASPACONT en que niveles socioeconómicos vio mayores cantidades de pacientes?**

En el tiempo que yo tenía Tuberculosis vi a muchas personas enfermas de pocos recursos o que vivíamos en las laderas, por ejemplo, yo vivía en Villa Ingenio, para ir al centro médico tenía que tomar dos movilidades, para ir a mi trabajo tres, no me alcanzaba el recurso económico.

**Tomando como factores el hacinamiento y la malnutrición, ¿estando en ASPACONT, se puede ver o relacionar estas condiciones con los pacientes?**

La verdad que sí, son condiciones de vida que se ven cuando hacemos las visitas a los pacientes en el mes de Junio y Agosto de este año, fuimos a sus casas y vimos el estado en el que ellos viven, y no es como nos pintan también, muchas personas tienen muchos recursos, pero hay personas que sólo tienen un cuarto, cuatro paredes y ahí tienen que hacer todo, cocina, dormitorio, sala y es hacinamiento y eso yo he visto, no voy a decir nombre por respeto pero en Periférica, un paciente vivía con su papá y su mamá en un cuarto y tenía Tuberculosis activa y eso deriva a que su familia a futuro pueda contraer Tuberculosis activa.

**Dadas estas visitas que han realizado, ¿me podría decir si las personas que tienen menos recursos tienen mayores posibilidades de contraer esta enfermedad que personas que cuentan con mayores recursos?**

Es complicado dar porcentajes, no se podría decir que bien específicamente, pero hasta donde nosotros hemos visto, de 100 personas, 60 por el estado de pobreza en el que vivimos, por los recursos económicos bajos, tienen la Tuberculosis. Pero últimamente se está viendo que muchas personas que a pesar de tener recursos económicos suficientes o viven en zonas supuestamente residenciales están adquiriendo la Tuberculosis. Por ejemplo en Santa Cruz,

el representante del año pasado de ASPACONT Santa Cruz era Tito Roca y él tiene su medio de comunicación en Santa Cruz, entonces una persona que tiene muchos recursos también ha caído en la Tuberculosis, acá el vicepresidente, Marco, es una persona también de clase económicamente alta pero que ha caído con Tuberculosis, eso se debe al factor de estudio ese caso, que él me cuenta, yo tengo que estudiar, salgo temprano, me olvido de mi desayuno, entonces mis defensas siguen durmiendo porque me he despertado dormido, salgo a la calle y el bacilo está flotando en el aire, la mala alimentación. Igual el pensar mucho, el estar pensativo, preocupado, ya sea por el factor familiar o el factor laboral hace que también la persona pueda tener Tuberculosis, se ha visto eso mucho, se ven más casos sobretodo en Achacachi, en que las mujeres están comenzando a tener más Tuberculosis, lastimosamente RAFAS, se está realizando un estudio de porque hay RAFAS en el lado altiplánico y no se presenta muchas RAFAS en el lado llano, pero a mí me ha parecido tonto porque cuando yo he ido a Yacuiba, he visto que había RAFAS, cuando he ido a Santa Cruz había más RAFAS que en La Paz, lamentablemente los Programas y las Instituciones Públicas se dejan llevar por las encuestas o estudios que a veces no son muy a fondo de los consultores, se contrata consultores y no se da muy bien la información real, los datos reales, pero yo he visto, volviendo al tema, que las mujeres están teniendo más Tuberculosis por el factor preocupación, yo he hablado con una compañera y me indica q estaba preocupada porque su marido no estaba ganando mucho y le daba un monto determinado de dinero que no le alcanzaba en la casa, su hijo se ha enfermado y es preocupación y eso ha derivado a que después de un tiempo le detecten Tuberculosis, ha empezado a toser y pensó que era un resfrío normal y no se le pasaban.

### **¿Existen en nuestro país políticas de apoyo a las personas con Tuberculosis?**

Políticas no, no hay específicas, sólo se basan en dar charlas con los pacientes, pero no van más allá, no ven al paciente a futuro, lo que más preocupa al programa con la política pública en este momento es solamente detectar al paciente, curarlo y chau. Se está trabajando desde el mes anterior que hubo una reunión en Santa Cruz, con organizaciones sociales, la misma FEJUVE el realizar una ley contra la Tuberculosis, la “Ley de Lucha Contra la Tuberculosis”, donde van a participar los grupos sociales, para realizar este proyecto se tiene un tiempo determinado que es de un año para realizar y ahí vamos a ver las políticas con las cuales podemos enmarcar para prevenir la enfermedad con toda la población.

## **Anexo 8 Entrevista 4**

### **Hoja de Entrevista**

**Entrevistado: Eva Limachi**

**Cargo: Representante Nacional de la Asociación de Pacientes con Tuberculosis  
ASPACONT –**

**Fecha: 17 de octubre de 2012**

**¿Cuántos afiliados son hoy en día?**

Son 9000 afiliados a nivel nacional, que son los registrados a nivel estatal, son los pacientes con tratamiento para Tuberculosis, también se cuenta con ex pacientes que son afiliados de la Organización.

**¿En la Ciudad de La Paz con cuantos afiliados cuentan?**

De 2000 a 2500, si no me equivoco.

**Tengo entendido que parte del trabajo que realizan es con las familias. ¿Cuál es el trabajo que realizan con las familias?**

Nosotros contamos con recursos del Fondo Mundial y realizamos reuniones de autoayuda, donde se les brinda información básica y necesaria sobre lo que es la Tuberculosis y los pacientes acuden con su familia, realizamos esto porque necesitamos que la familia conozca la enfermedad para que la misma familia no le estigmatice, no la discrimine a la persona, porque por no tener la información necesaria el paciente sufre mucho, muchos mal tratos.

**¿Cuentan con apoyo de alguna otra institución, aparte del Fondo Mundial?**

Apoyo financiero al momento solo del Fondo Mundial, eso ha acabado ya en octubre y estamos trabajando con algunos presupuestos que nos han brindado de remanentes del fondo hasta el 31 de diciembre, la segunda Fase empieza el siguiente año, por otros dos años y nos sabemos bien cómo se va a brindar este presupuesto. Apoyo técnico tenemos del programa



nacional, de los programas departamentales y de algunas ONG's que trabajan en la temática de Tuberculosis, algunas ONG's.

**¿Me podría mencionar cuáles son las ONG's que colaboran?**

Comunidades Saludables, VIH. Luego colaboran el Consejo de Salud Rural Andino que trabaja en El Alto, hay otra en Santa Cruz que no recuerdo bien el nombre. Este es apoyo técnico, financiero solo del fondo Mundial.

**Tengo entendido que, para la Feria del 24 de marzo, recibieron ayuda de las ONG's para los trípticos, las cartillas de ASPACONT**

En el día Mundial de la Tuberculosis, el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) realiza trípticos y trípticos sobre la Tuberculosis, nosotros con recursos del FONDO MUNDIAL tenemos lo que es la carta del paciente, que es lo que nosotros socializamos y algunos materiales que nos han quedado de años anteriores que también socializamos.

**¿Pero eso les da el Ministerio de Salud a ustedes?**

Si nos da el MSD

**¿Cuál es el apoyo que reciben del Programa respecto a información, educación, comunicación a los pacientes a través de la organización?**

EL MSD ha realizado cuñas radiales, posters que dan información a los pacientes sobre como son los síntomas, como prevenir la enfermedad, las mismas desde mi punto de vista son buenas, pero la cuestión es que debe cambiar un poco la metodología, dar la información en palabras sencillas de manera que la población, comprenda y entienda, nosotros conocemos esos spots, esos medios de comunicación que han sacado y participamos en sus validaciones, y también con los afiliados.

**¿Entonces ustedes participan en sus validaciones?**

No sólo nosotros, hay un equipo que es el Comité Nacional Asesor del cuál nosotros somos parte.

**¿El Financiamiento que les brinda el Fondo Mundial es directamente a ustedes o es a través del Programa?**

Es a través del programa.

**¿Usted ha visto si es nuestra sociedad existe todavía discriminación hacia las personas que tienen Tuberculosis?**

En todo lugar la persona que no conoce lo que es la Tuberculosis, la persona que es ignorante siempre va discriminar al paciente. Le puedo contar un caso, esto paso el 2008, una jovencita que tenía 22 años con su hijita de 5 años, ella estaba enferma con Tuberculosis, ella tenía el mal de Pott y su mamá la apoyaba cuando se ha enterado que tenía Tuberculosis, la aislado la ha votado de su casa, se ha ido a vivir con su hermano y cuando se han enterado que tenía Tuberculosis y que tenía cura, pero que era un poco contagiosa, le han quitado a la niña y le han dicho que cuando tenga un documento que diga que está sana recién se la iban a entregar a la niña. Otro caso de un paciente que estaba haciendo tratamiento, en la U cuando se han enterado que tenía Tuberculosis lo han aislado, los mismos Ingenieros, catedráticos no se querían acercar a él. Hasta que cuando él les ha informado que tiene cura, les ha mostrado trípticos, les ha socializado lo que es la enfermedad, estaba deprimido y con el personal de salud le hemos ayudado y la mentalidad de ellos ha cambiado. Siempre una persona que no conoce la enfermedad va a discriminar o estigmatizar al paciente.

**¿Usted cree que existe información suficiente como para que la mentalidad de la gente empiece a cambiar en este aspecto?**

No, hay falta información, desde mi punto de vista en Bolivia, en todo el país todo es los programas de dengue, rabia, VIH, pero, Tuberculosis es la última rueda del carro, cuando se quiere hacer campaña contra la Tuberculosis se prioriza el PAI, nunca ha tenido prioridad a pesar que han salido ya 5 Resoluciones Ministeriales declarando prioridad nacional a la Tuberculosis, hasta el momento no existe.

**¿Según su experiencia como califica la relación que existe entre los pacientes y los médicos?**

No se puede calificar esta, porque hay que entender que no ha todos los centros de salud los podemos meter en una misma bolsa, no por unos malos van a pecar todos, hay buenos centros de salud donde hasta yo me saco el sombrero donde les dan una atención de calidad y calidez al paciente, como también hay otros centros de salud que son lo peor que tenemos. Si queremos mejorar Tuberculosis también tenemos que mejorar los centros donde atendemos. Un ejemplo le doy el Hospital de la Garita de Lima, en una habitación 3 por 2 donde están la enfermera, los documentos, los medicamentos, y el mismo paciente está recibiendo su tratamiento, es una pequeña ventanita, está contaminando. Hay unos lugares grandes que son un elefante blanco como el de Yacuiba, donde tienen consultorios grandes salas de espera grandes, pero para Tuberculosis es un espacio pequeño y le comento que los médicos cubanos no querían que el paciente con Tuberculosis ande por ahí a cualquier hora, les han determinado que para recibir su tratamiento solo pueden ir desde las 11 hasta la una, otra hora no. Los han estigmatizado, nadie puede pasar tienen un lindo ambiente, pero para los pacientes con Tuberculosis no, es un pequeño espacio.

### **¿Usted sabe, por lo que ha visto, si de parte de los médicos hay discriminación?**

Como le decía más antes hay personal médico que está calificado, pero tiene miedo al contagio o a la atención de un paciente, nadie quiere hacerse cargo de la Tuberculosis, muchos médicos se han escapado porque se han contagiado de la Tuberculosis, laboratorista del programa de Tuberculosis que se han contagiado han preferido renunciar a sus ITEM. Hay buenos médicos, como malos médicos, que conocen bien su realidad y se han puesto en el zapato de paciente y hay otros que ven lo que está pasando, saben que tiene cura, pero prefieren no inmiscuirse.

### **¿Cómo califica la atención del Hospital de Clínicas hacia los Pacientes?**

Según lo que yo sé, aunque digan que no es verdad, el programa de Tuberculosis en el Hospital De Clínicas desde mi punto de vista es pésimo, porque tenemos a una doctora que es epidemióloga, que no tiene nada que ver con la rama de Tuberculosis y he evidenciado que los tratamientos que ella da no son de acuerdo a las normas, yo he hecho la queja hace tiempo al responsable de Tuberculosis que era un neumólogo, acá en La Paz, le dijimos que para que un programa este bien solventado tiene que haber personas que conozcan la problemática . Yo pedí que se haga cargo una especialista, actualmente el Responsable está haciendo el seguimiento, está queriendo mejorar también en el Hospital De Clínicas, pero mientras no se cambie la persona, no se va poder, necesitamos una persona que conozca, que respete las normas y se ponga en los zapatos del paciente para entender.

Además yo no estoy de acuerdo con el tratamiento que se hace, porque no se puede iniciar el tratamiento una semana en el hospital y luego decirle al paciente que una semana después, o cada mes venga a recoger su tratamiento, no se puede hacer eso, la norma indica que el paciente debe ir cada día al centro de salud o a la posta más cercana a su domicilio o a su lugar de trabajo a recibir su tratamiento, para evitar la multidrogo resistencia, porque si el

paciente se lleva a su casa, y tiene para 5 días y dos se olvida su tratamiento o si el escoge, esta me está haciendo daño y solo los blancos o los amarillos voy a tomar, crea una mono terapia o creándose el mismo una drogo resistencia o en su caso , si se lo ve al paciente cada día podemos ver prevenir si está teniendo una reacción adversa a los medicamentos.

**¿En el Hospital De Clínicas, existe el control de la red de contactos?**

No, en el Hospital De Clínicas solo se le da al paciente la información y listo

**¿No se tiene reuniones con el entorno?**

No, la diferencia del Hospital del Tórax con el de Clínicas es muy abismal, en el Tórax, yo he sido paciente y me han internado, el mío era muy complicado porque, cuando inicie tratamiento me informaron todo a mí, pero cuando me dieron el tratamiento definitivo a parte convocaron a mi familia al consultorio de la médico de planta y también les brindaban información.

**¿Y en el Hospital De Clínicas?**

Solo se brinda al paciente.

**Y mediante que se brinda, como se da esa información, ¿sólo el momento del diagnóstico, o sobre por ejemplo la alimentación?**

Sólo se da a conocer su diagnóstico, una pequeña forma de prevenirse, ahora que usted está con tratamiento tiene que cubrirse la boca y, alimentarse bien, esa no es información, se le debe decir que debe tomar cada día sus medicamentos, si la toma no es correcta qué consecuencias puede tener, le deben indicar que alimentos tiene que comer, como cuidar a su entorno porque los primeros quince días que estamos haciendo el tratamiento, son fundamentales para no contagiar a nuestro entorno.

**¿Cuáles son mayormente las causas para que exista este abandono del Tratamiento?**

La mayoría de los pacientes indican que abandonan el tratamiento porque no tienen tiempo de ir al centro de salud, los horarios no son flexibles, otro el miedo por las molestias estomacales o si tiene alguna reacción al medicamento, dicen este tratamiento me está haciendo peor y prefieren dejarlo, el otro motivo que yo veo es que tiene miedo a la discriminación, que los vean cada día en el centro de salud y piensen que tiene una enfermedad terminal o en su caso dicen no puedo ir porque estoy trabajando.

**Tomando como factores de riesgo el hacinamiento y la mal nutrición, se dice que la enfermedad está ligada a la pobreza, usted ve este tipo de casos dentro la Asociación.**

El concepto que la Tuberculosis está ligada a la pobreza es errado porque la Tuberculosis, no discrimina ricos o pobres. Hay casos de gente incluso del gobierno, o personas de la Zona Sur, jovencitas que van a Universidades privadas que están con Tuberculosis. La enfermedad no se debe ligar a la pobreza hay que ligarla a la mala alimentación, a la mala predisposición de acudir a un centro médico, pero si es evidente que hay gente pobre en las laderas con Tuberculosis, hacinadas, desnutridas, eso también influye.

**¿Usted ve que a ASPACONT van mayormente personas de menores recursos, o con mayores recursos?**

Las de menores recursos, las de mayores recursos no asisten, prefieren asistir a algún centro donde no se diga que tienen Tuberculosis.

Según su perspectiva en el Hospital De Clínicas, la información que se brinda es deficiente.

## **Anexo 9 Plan de Trabajo Comunicacional 2011**

### **PLAN DE TRABAJO COMUNICACIONAL 2011**

#### **PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS**

##### **1. ANTECEDENTES. -**

Con relación a la producción de materiales y acciones planificadas de IEC, Manuales y Normas del PNCT para el control de la tuberculosis, en las últimas gestiones se han incrementado y unificado en cuanto a mensajes para informar, a la población en general, convirtiéndose en un logro y avances, sin embargo, hay que reconocer que estas acciones no han sido suficientes y no han sido sostenidas o constantes.

##### **2. OBJETIVO GENERAL. -**

Promover el diagnóstico precoz a través de la participación comunitaria y de los servicios de salud por medio del desarrollo de actividades de información, educación y comunicación en la gestión 2011, para que los afectados y los integrantes de la comunidad participen activamente del control de la Tuberculosis.

##### **3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. -**

Fortalecer la movilización comunitaria, información pública, comunicación educativa y capacitación de recursos humanos para promover el diagnóstico precoz.

- Lograr el empoderamiento para el ejercicio de prácticas saludables individuales y comunitarias relacionadas a la tuberculosis y asisten a los centros de salud con el propósito de demandar servicios de diagnóstico y tratamiento.

##### **4. JUSTIFICACIÓN**

Las acciones de información pública y de comunicación educativa se desarrollan exclusivamente en la conmemoración del 24 de marzo, día mundial de la tuberculosis, con este plan se pretende que la población recuerde la fecha sin embargo se programarán

actividades del 01 al 31 del mes de marzo fortalecerán el conocimiento e información sobre la Tuberculosis.

Las ferias comunitarias de salud, que tienen un buen alcance, sin embargo, en este plan se pretende fortalecer una caravana de Salud exclusivamente de Tuberculosis denominada “*Aprendiendo sobre la Tuberculosis*”. Logrando 9 ferias en ciudades capitales y 9 en ciudades intermedias, realizando un total de 16, beneficiando a más de medio millón de bolivianos.

En ese marco, se está produciendo un paquete de materiales conformado por impresos, sonoros y audiovisuales, cada uno de los cuales abordan temas específicos relacionados a la tuberculosis, como son el tratamiento de la enfermedad, el diagnóstico y la identificación de signos y síntomas entre otros.

Actualmente el PNCT, cuenta con un paquete de materiales que contempla diferentes públicos: personal de salud, pacientes, maestros, estudiantes, etc. Estos responden a las necesidades crecientes de información por parte de estos públicos.

La población no accede a la influencia de los mensajes sobre salud en general, expuestos por los medios de comunicación. Probablemente, como consecuencia, una gran parte de esa población desconoce la naturaleza de la tuberculosis, las posibilidades de detección y mucho más desconoce la posibilidad de curación y el proceso que eso implica. Cree que si acepta un tratamiento para la tuberculosis éste será demasiado largo y que lo más seguro es su muerte. El trabajo de comunicación no sólo busca transformar el comportamiento, sino también el entorno, especialmente los familiares, sin los cuales cualquier acción tendiente a la superación del problema de falta de información puede diluirse o simplemente anularse, o peor, agravarse por la gravedad del mal. Otras personas más deben involucrarse son los



proveedores de salud, de los que depende en gran parte la eficacia de una acción conjunta: comunicación – toma de conciencia – atención médica.

El Plan de Trabajo apunta las causas que dificultan el control de la tuberculosis, entre ellas: el deficiente conocimiento, la actitud y práctica por parte del público sobre los signos de alarma de la Tuberculosis. Todo enmarcado dentro de un cuadro de pobreza que requiere acciones mayores y conjuntas con otros sectores.

## **5. METODOLOGÍA. -**

La implementación de la metodología será participativa y modular en el proceso de formación y actualización del personal de salud.

La metodología lúdica está dirigida a población vulnerable infantil para brindar información adecuada a este grupo etario debe ser impartida con el propósito de contar con materiales de información exclusivamente para niños con relación a esta enfermedad.

El análisis del perfil pictográfico de la población boliviana es diferente, por lo que la atención de salud de un centro a otro varía. Por ello el plan de trabajo también debe ser regionalizado de acuerdo a la cultura y hábitos de las personas para esto se requiere coordinación con los programas regionales.

Con la implementación de esta metodología es a largo plazo, porque pretende el cambio de comportamiento en las personas.

Se utilizará para medir el impacto de la aplicación de las estrategias del Programa Nacional de Control de Tuberculosis implicando actividades de promoción y prevención.

## **6. DESARROLLO. -**

Es imprescindible que las actividades de comunicación cumplan una doble función; la de entretener y educar al mismo tiempo, el objetivo del entretenimiento educativo no es solamente es alcanzar a los públicos objetivos, sino tocar el mundo emocional del individuo

para propiciar cambios de actitud y de conducta. El entrenamiento permite una conexión psicológica que se expresa en risas, reflexión, pena o dolor, que precipita la identificación y el aprendizaje.

Cumpliendo y respetando el Plan de Desarrollo Sectorial se respetan los principios fundamentales de la:

- a. Movilización Social
- b. Abogacía
- c. Información Pública
- d. Comunicación Educativa
- e. Producción y Difusión

**a. MOVILIZACIÓN SOCIAL. -**

Entendida como la suma de esfuerzos destinados a obtener la participación de la comunidad en las acciones desarrolladas por el PNCT, con el propósito de lograr el cumplimiento de las metas y que las poblaciones se involucren en este cumplimiento.

**b. ABOGACIA. -**

Entendida como los esfuerzos generados desde la comunidad y desde el PNCT para lograr la participación, el apoyo e influir positivamente en las autoridades políticas, educativas, técnicas y administrativas de los gobiernos nacionales, departamentales y locales.

**c. INFORMACIÓN PÚBLICA. -**

Entendida como los esfuerzos realizados en forma sistemática con los trabajadores de los medios de comunicación para mantener el tema de la tuberculosis en la agenda pública y para brindar información oportuna veraz y completa en forma permanente.

Con el propósito de que la población tome decisiones informadas.

**d. COMUNICACIÓN EDUCATIVA. -**

Entendida como el proceso planificado y sistemático encaminado a motivar a las personas a adoptar en forma consciente e informada nuevas actitudes o comportamientos a favor de su salud. Se utilizará la comunicación educativa para modificar positivamente, fortalecer o enriquecer los conocimientos actitudes, sentires y saberes de la población.

**e. PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN. -**

Para producir y difundir materiales de comunicación interpersonal, grupal y masiva que vehiculen mensajes científicamente correctos, culturalmente aceptados, oportunos y suficientes que se adecuen a las audiencias primarias y secundarias de acuerdo a los contextos socio – culturales específicos, los materiales serán producidos siguiendo un estricto proceso metodológico que asegure la eficacia de los mismos.

La aplicación de la **METODOLOGÍA PARTICIPATIVA** se desarrollará en tres puntos:

- a) **Interpersonales.** - Reuniones con autoridades nacionales, departamentales y locales, poder legislativo plurinacional, periodísticas, líderes comunitarios, a través de volantes, cartas personalizadas, carpeta de sensibilización, comunicados de prensa, cartillas educativas, tarjetones para colorear, cuadernillos para adultos y escolares, rotafolios de consejería.
- b) **Grupales.** - Ferias populares, acercamiento con representantes de red social y salud, a través de láminas reflexivas, videos debates, audios de cassette.
- c) **Masivos.** - Spot televisivos, cuñas radiales, mini documentales, entrevistas públicas, afiches, separatas y trípticos.

## 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. -

PÚBLICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	CONTENIDOS	MATERIALES	RESPONSABLES
<i>Hombres y mujeres de 15 a 45 años.</i>	Han mejorado los conocimientos sobre las formas de prevención contagio, signos, síntomas y cura de la tuberculosis. (PNCT)	Reproducir y distribuir cuadernillos de información entre el personal de salud para colaborar a la consejería. Febrero de 2011	Signos y síntomas de la tuberculosis.	Material disponible en el PNCT	Responsable del PNCT junto al del Área de Comunicación PNCT y el apoyo del Coordinador Administrativo.
			Tratamiento	Se cambiaron los materiales de acuerdo a nuevas estructuras comunicacionales	Estas actividades se realizan de acuerdo a la aprobación de la responsable del Programa y todo el año.
<i>Hombre y Mujeres que se encuentren actualmente en tratamiento y público en general</i>	La población ha tomado conciencia sobre la importancia de acudir a un centro de salud inmediatamente identifique un síntoma o signo de riesgo de tuberculosis.	Realizar ferias denominadas “Aprendiendo sobre la Tuberculosis”, informativas para conocimiento de la población sobre la enfermedad en zonas donde se encuentren poblaciones o el lugar donde se han notificado mayor caso de notificados, logrando 9 ferias en ciudades capitales y 9 en ciudades intermedias, realizando un total de 16.  (Marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, Septiembre Octubre, y Noviembre)	Formas de transmisión	Reimpresión de materiales en mayor cantidad.	Comunicación PNCT y apoyo del Coordinar Administrativo en coordinación con los 9 Servicios Departamentales de Salud, organizaran la feria de salud, en estrecha relación con las FF.AA, Policía Nacional, ASPACONT, Escuelas de Enfermerías, sociedad civil y otros.
			Factores de riesgo.		
			Tratamiento (gratuito, accesible)	Material disponible en el PNCT	

PÚBLICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	CONTENIDOS	MATERIALES	RESPONSABLES	
<i>Hombres y Mujeres que se encuentran actualmente en tratamiento.</i>		Realizar juegos lúdicos para niños para las ferias populares.	Relación abandono resistencia.	Se debe entregar a los nueve servicio departamentales de salud		
			Medidas preventivas y promoción.			
			Derechos obligaciones de los pacientes.			
			Promoción de los servicios			
		Carpas en modelo de pulmón	Relación Tuberculosis/VIH			Se debe entregar a los nueve servicio departamentales de salud
			Derechos y obligaciones de los pacientes			
	Orientar a los pacientes con Tuberculosis, sobre su alimentación y mejorar su condición de salud.	Realización de un recetario de alimentación para los pacientes con Tuberculosis. Marzo - 2011	Como utilizar los productos, andinos, orientales y vallunos, para que se preparen los alimentos.	Impresión de guías alimentarias 10.000		
		Talleres de capacitación para 50 personas en las nueve ciudades capitales para enseñar a preparar estos alimentos.		Insumos de primera necesidad, Harina, Cebolla, cañawa, trigo, zapallo, leche, quinua, soya, poroto, plátano verde, camote, almendras, espinacas, tarhui, acelgas y otros.		
		(Marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, Septiembre Octubre, y Noviembre)				
	Lograr concientizar a la población para reconocer síntomas	Elaborar spot y cuñas revalorizando la cultura e idiomas, por lo menos	Formas de transmisión	Producto final de spot en idioma español y		
Factores de riesgo.						

<b>PÚBLICO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>RESPONSABLES</b>				
<b><i>Población en riesgo público en general</i></b>	y signos de la enfermedad de Tuberculosis.	cada dos años. Inicio de Marzo de 2011	Tratamiento (gratuito, accesible)	cuñas en cuatro idiomas publicitarios	Responsable Comunicación Social, SEDES, ASPACONT.				
		Realizar difusión publicitaria en los medios de comunicación de spot y cuñas publicitarias dos veces al año. Marzo y Octubre 2011	Relación abandono resistencia.						
			Medidas preventivas y promoción.						
			Derechos obligaciones de los pacientes.						
		Elaborar un video documental menor de 15 minutos (Ej. Pulmón) en cuatro idiomas., el mismo será socializado en colegios, FF. AA y Policía, SEDES del país, ASPACONT y otros. Marzo – 2011	Promoción de los servicios			Responsable Comunicadora Social del PNCT y Coordinador Administrativo			
			Relación Tuberculosis/VIH						
			Derechos y obligaciones de los pacientes						
			Atención médica gratuita						
		<b><i>Periodistas del área de salud de los diferentes medios masivos de comunicación</i></b>	Logar sensibilizar e informar el uso adecuado de términos con relación a la Tuberculosis.			Realizar dos talleres de sensibilización e información a puertas cerradas alejado de la ciudad de La Paz 1. Periodistas 2. Jefe de prensa o información Mayo de 2011	Formas de transmisión	Reservación de hotel, salo, ecran, data display, sillas mesas refrigerio, almuerzos y cenas durante el lapso de 2 días.	Responsable Comunicación Social y Coordinador Administrativo, equipo técnico expositor.
							Factores de riesgo.		
Tratamiento (gratuito, accesible)									
Relación abandono resistencia.									
¿Qué es una Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos?									
¿Qué es TB– MDR?									
Realizar abogacía con los medios de comunicación, nacionales y locales para agendar la problemática de	Medidas preventivas y promoción.								

<b>PÚBLICO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>RESPONSABLES</b>
<i>Niños, niñas, jóvenes y adolescentes del departamento de La Paz.</i>		la tuberculosis a nueve responsables de los programas regionales. Octubre - 2011	Derechos obligaciones de los pacientes.		
			Promoción de los servicios		
			Relación Tuberculosis/VIH		
			Derechos y obligaciones de los pacientes		
			Atención médica gratuita		
			Día mundial de la Tuberculosis		
<i>Honorables Alcaldes Municipales de 75 Municipios priorizados (Fondo Global)</i>	Concientizar a esta población, para referir a sus amigos, amigas, familiares, vecinos y otros.	Implementar la hoja de transferencia de Pacientes con Tuberculosis en las actividades escolares como competencia de conocimiento de la temática de la tuberculosis. Abril – 2011	Hoja de transferencia a un centro de salud de la ciudad de La Paz.	Imprimir hojas de transferencia de pacientes con Tuberculosis, en cantidad de 50.000. De acuerdo a diseño	
<i>Honorables Alcaldes Municipales de 75 Municipios priorizados (Fondo Global)</i>	Concientizar e informar para que estos asuman responsabilidades conjuntas con los Gobiernos Autónomos departamentales.	Se propone realizar dos reuniones con los Burgo Maestros de 327 municipios de todo el país, con el propósito de informar y hacer conocer de las acciones emprendidas del fondo mundial.	Formas de transmisión	Reservación de salón, estipendio y pasajes, data display, ecran, refrigerios y almuerzo.	Reservación de salón, estipendio y pasajes, data display, ecran, refrigerios y almuerzo.
			Factores de riesgo.		
			Tratamiento (gratuito, accesible)		
			Relación abandono resistencia.		
			Medidas preventivas y promoción.		
Con mayor énfasis en los 75 municipios priorizados.	Derechos obligaciones de los pacientes.				

<b>PÚBLICO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	
<b><i>Público en general</i></b>			Promoción de los servicios		Equipo técnico PNCT.	
		Finales de abril de 2011	Relación Tuberculosis/VIH			
		Finales de agosto de 2011	Derechos y obligaciones de los pacientes			
			Atención médica gratuita			
			Proyecto del fondo mundial.			
			Presupuesto por departamento y acciones conjuntas.			
		Se ha logrado introducir la idea de la detección, tratamiento y cura de la tuberculosis es un derecho que tienen todas las personas.	Producción de materiales de comunicación del PNCT para su impresión. Finales de Febrero de 2011	Medidas preventivas y promoción.	Presentar nuevo material para ser aprobado.	Responsable Comunicación Social y Coordinador Administrativo.
			Derechos obligaciones de los pacientes.			
			Promoción de los servicios			
		Reimprimir rotafolios de tela para el personal de salud. Junio de 2011	Teléfonos del MSD, Redes de Salud y gerencias a nivel nacional. (cuadernillo)			
	Se han logrado desestimar las principales creencias erróneas					



<b>PÚBLICO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>RESPONSABLES</b>
<i><b>Personal de salud</b></i>	El personal de salud conoce y respeta los respeto y obligaciones de los pacientes con tuberculosis	Se propone para lograr este objetivo se realice una reunión de coordinación con los responsables de las Oficinas de Comunicación de los Servicios Departamentales de Salud, antes del 24 de marzo Día Mundial de Tuberculosis. Inicio de Marzo de 2011	Se informará a los comunicadores sociales las acciones asumidas y el trabajo de la gestión 2011 a realizarse con los programas regionales de Tuberculosis.	Cuadernillo de apuntes del PNCT., Bolígrafos, pasajes aéreos y terrestres y estipendio de un día.	Responsable Comunicación Social y Coordinador Administrativo.
<i><b>Público en general</b></i>	Se ha logrado introducir la idea de la detección, tratamiento y cura de la tuberculosis es un derecho que tienen todas las personas. Desestimando creencias erróneas	Caravana de Salud “La Tuberculosis se puede prevenir”	Se repartirá material y estribillos sobre las acciones de prevención contra la Tuberculosis.	Material de información, tríptico, volantes.	Responsable Comunicación Social y Coordinador Administrativo, en coordinación con SEDES, ASPACONT y Colegios.

## **8. RESULTADOS ESPERADOS**

Se pretende lograr un impacto y cambio de conducta en la población con todas las actividades realizadas durante la gestión, no solamente en un día que es el 24 de marzo sino convertirlo en el Mes de la Tuberculosis (marzo).

La implementación de una nueva estrategia comunicacional será primordialmente para promover acciones de prevención y promoción de salud en la población y asuma la responsabilidad de informarse para cuidar su salud.

Con los materiales impresos y la necesidad de seguir imprimiendo por las diferentes actividades que se realizaran, el mismo tiene un cambio de imagen interactivo e información adecuada a lo que necesita la población, estos mismos servirán para las ferias de salud y las caravanas de salud donde la población se llevará información sobre la enfermedad de la Tuberculosis.

La feria de salud “Aprendiendo de Tuberculosis”, pretende que las acciones de promoción y prevención se ahonde logrando que la población tome conciencia y asuma acciones,

- Asista al centro de Salud cuando este tosiendo por más de 15 días,
- Realice sus pruebas de Baciloscopías,
- Si se encuentra con Tuberculosis seguirá el tratamiento de forma gratuita, con esto se pretende apoyar a los centros de salud para lograr mayor detección.

La guía nutricional será un trabajo coordinado con ASPACONT, teniendo como propósito ayudar a los pacientes en tratamiento y sus familiares, apoyando y enseñando como preparar alimentos con alto valor nutritivo, siendo un factor de vital importancia para la recuperación del paciente en tratamiento con Tuberculosis.

La reelaboración de cuñas y spot publicitario lograra un impacto para el cambio de comportamiento de las personas en general, entre los materiales audiovisuales se debe modificar y renovar el video de información “El Pulmón” con datos actuales, estos mismos servirán de referencia y sensibilización para pacientes y público en general.

El trabajo con los medios de comunicación será vital para lograr el impacto deseado del manejo de información, siendo los directos responsables de informar a la población, se deben capacitar sobre los términos técnicos y cuáles son los tipos de tratamiento, logrando aliados estratégicos para el apoyo de prevención de esta enfermedad, el Taller debe ser a puertas cerradas y en dos ciclos primero a los periodistas y después al jefe de Prensa.

Los niños, jóvenes y adolescentes en escuelas, colegios y las universidades de la ciudad de La Paz, iniciaran la tarea de referir pacientes con Tuberculosis a un centro cercano donde vive, con una hoja pequeña de transferencia, capacitando a los mismos en síntomas y signos, pretendiendo ser este ejemplo como una prueba piloto.

Reunión con los Alcaldes Municipales de 75 municipios priorizados por el Fondo Mundial deberá ser prioritario los mismos deben conocer y asumir con el PNCT el reto de lograr los objetivos de la propuesta, sin embargo, considero que la problemática de la Tuberculosis es en todo el país, por ello sugiero en este plan de trabajo dividir en dos reuniones con los más de 320 municipios para concientizar e informar.

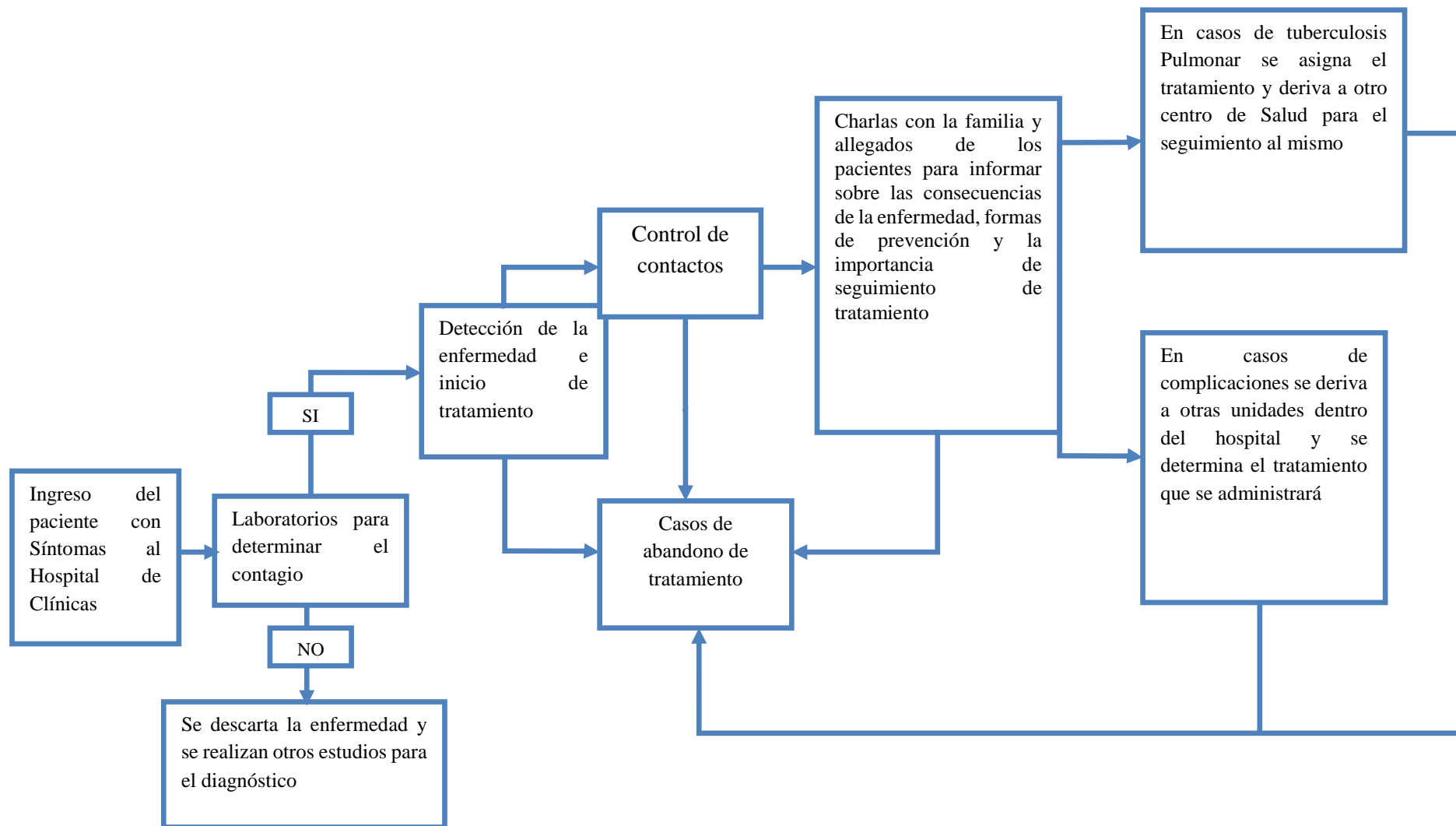
Se ha previsto implementar nuevo material de IEC, como trípticos en forma de pulmón, cuadernillo del PNCT, bolígrafos y folder, los mismos se implementarán como una nueva estrategia de promoción.

Se propone realizar una reunión con los comunicadores de los nueve Servicios Departamentales de Salud con el propósito de comprometer un trabajo conjunto con Comunicación del PNCT, e informar de las actividades previstas para la gestión 2011, en las

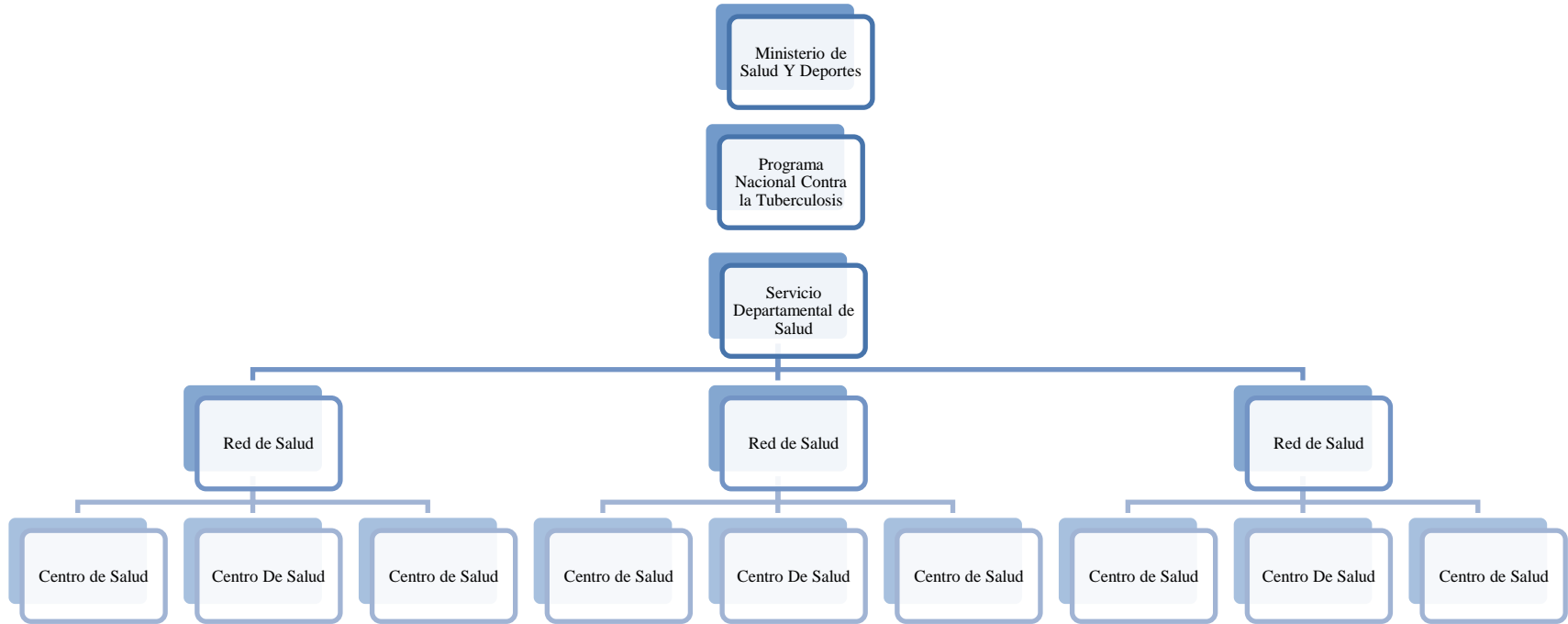
cuales se necesita su apoyo y colaboración con los programas Regionales de Control de Tuberculosis.

Después de asumir las acciones de prevención, la población será parte de la Caravana de Salud denominada “La Tuberculosis se puede Prevenir”, en todo el país se realizará esta actividad conjuntamente con ASPACONT, teniendo como propósito que la población sea quien asuma la lucha.

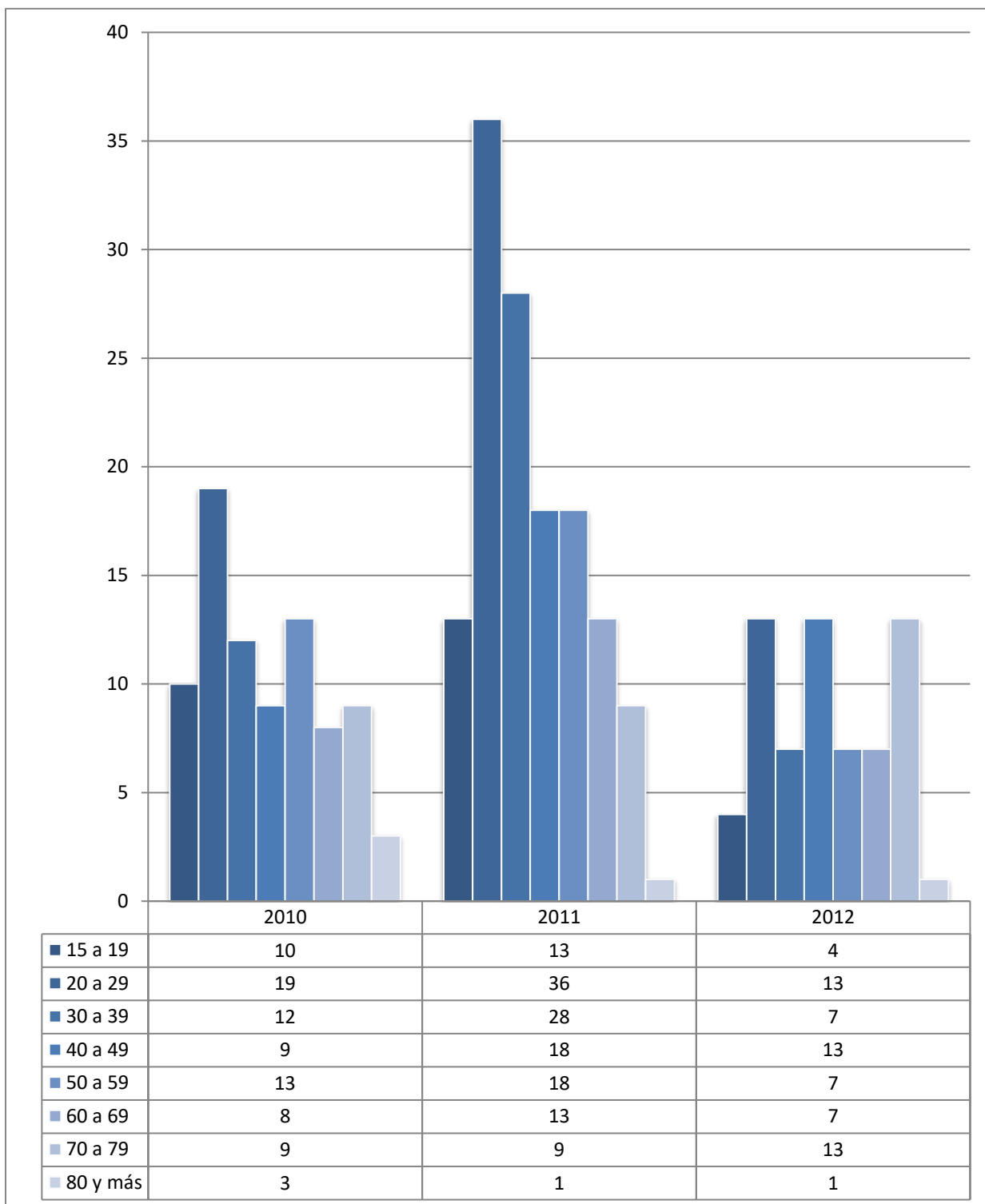
## Anexo 10 Proceso de Diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el Hospital de Clínicas



**Anexo 11 Relaciones de dependencia del Programa Nacional Contra la Tuberculosis**



## Anexo 12 Tabla de Pacientes por Grupos Etáreos en el Hospital de Clínicas



Fuente: Elaboración Propia sobre la base de información del Departamento de Estadística del Hospital de Clínicas

## Anexo 13 Relación de Cumplimiento de la Estrategia de Comunicación (PNCT) en el Hospital de Clínicas

PRODUCTO O SERVICIO	CUMPLIMIENTO	ESTADO
Reunión informativa con el Paciente	Cumple	Se realizan las reuniones informativas con los pacientes pero simplemente se comunica que según los análisis se detectaron el bacilo, se explica el uso y la importancia de los medicamentos.
Reunión Informativa con el Entorno del Paciente	No cumple	Se realiza el control de contactos, donde se realizan los estudios al entorno, pero no se brinda información acerca de la enfermedad, de la forma de contagio, de la importancia del medicamento para que la bacteria no sea contagiosa. En el caso del Hospital de Clínicas como en otros centros de salud la enfermera DOTS informa de la existencia de ASPACONT y es allí donde se reúnen con el entorno para informar.
Cartillas, cuadernillos y folletos para pacientes	No Cumple	Cuentan con algún material brindado por el PNCT pero no es todo lo que
Información para no pacientes	No Cumple	No es común que se brinde información a la población en general, en ciertos momentos del año, normalmente cercanos al día mundial contra la Tuberculosis, el personal del Hospital asiste a las ferias, caminatas que organiza el PNCT.
Afiches informativos	No cumple	Se cuenta con algunos afiches al interior del Hospital, ubicados en la Unidad de Infectología, la cual no se encuentra en un lugar de acceso público. Cerca al Día Mundial Contra la Tuberculosis (24 de marzo) se encuentran afiches informativos en paneles del Hospital, pero después de esta fecha no existen afiches al interior del nosocomio.

Fuente: Elaboración Propia sobre la base de información proporcionada por personal del Hospital de Clínicas y observación del entorno.



**Anexo 14 Sistematización de información - Stand del Hospital de Clínicas en la Feria informativa Contra la Tuberculosis. Marzo, 2012**

ÍTEM	DESCRIPCIÓN
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiches proporcionados por el PNCT</li> <li>• Trípticos elaborados por el PNCT</li> <li>• Cuadros informativos elaborados por personal del Hospital de Clínicas</li> </ul>
Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. Ovando, Jefa de Epidemiología quien supo informar sobre la enfermedad se observó el comportamiento de la doctora a quien los asistentes a la feria no se le acercaban mucho por su postura.</li> <li>• Dos Médicos especialistas.</li> <li>• Un Residente, que realiza su rote en la Unidad de Neurología, supo informar acerca de la enfermedad, pero de manera técnica, no cuenta con información de datos actuales como número de pacientes contagiados, abandonos, reuniones con los círculos cercanos de los pacientes, etc.</li> <li>• Dos Internas conocimiento básico de la enfermedad, no supieron contestar acerca de los casos detectados en el Hospital</li> </ul>
Población Asistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se vio interés de la población asistente por los cuadros que estaban colgados al frente del Stand. Pero se vio que de las personas que se acercaban para ver los cuadros simplemente un 20% eran atendidos por personal del Hospital para brindarles información.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia sobre la base de trabajo de campo en Feria Informativa

## Anexo 15 Causas de Abandono de Tratamiento

<p><b>CAUSAS ECONÓMICAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cambio en la dieta del paciente, en algunos casos esto significa un incremento en su presupuesto.</li><li>• Si bien el tratamiento es completamente gratuito, se debe contemplar la asistencia diaria al hospital para suministrar los medicamentos.</li><li>• Empeoramiento en el aspecto personal, considerando que el paciente es trabajador esto significa un alejamiento de su fuente de ingreso.</li><li>• Despidos a los pacientes.</li><li>• Compra de otros medicamentos necesarios para subsanar posibles molestias que no están cubiertas en el tratamiento específico.</li></ul>
<p><b>CAUSAS SOCIALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Malinformación tanto del paciente como del círculo familiar del mismo.</li><li>• Discriminación de la sociedad y del entorno por falta de información</li><li>• Discriminación o maltrato por parte del personal de salud</li><li>• Alcoholismo</li><li>• Motivos culturales, abandono debido a que el tratamiento no va de acuerdo a la cultura del paciente.</li><li>• Abandono del tratamiento por remedios caseros.</li></ul>

Fuente: Elaboración Propia

## Anexo 16 Dossier Fotográfico

### Stand Hospital de Clínicas en la Feria de la Tuberculosis, Plaza Camacho, 24 de marzo de 2012





# Anexo 17 Productos Comunicacionales Aplicados para las Campañas Información de la Lucha Contra la Tuberculosis

## Trípticos

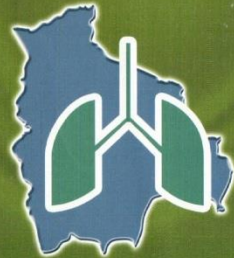
<p>El tratamiento para la tuberculosis es supervisado y administrado en los establecimientos de salud de lunes a sábado, el personal de salud capacitado brinda toda la información necesaria.</p> <p><b>Sigue el tratamiento durante el tiempo que indique el personal de salud.</b></p> <p><b>¿Cómo puedo saber si estoy con Tuberculosis?</b></p> <p>El personal de Salud te puede decir si tienes o no tuberculosis. En caso de que te encuentres enfermo con los signos y síntomas de esta enfermedad, te pedira que te realices alguna de las siguientes pruebas de laboratorio: estudio de flemas y cultivo de bacterias.</p> <p>El diagnóstico y tratamiento con medicamentos eficaces y de calidad, son gratuitamente ofertados por el Ministerio de Salud y Deportes.</p>  <p><b>Si tienes tos y expectoración (flemas o gorgajos) por más de 15 días acude al Establecimiento de Salud más próximo a tu domicilio.</b></p>	<p><b>¿Por qué es importante tomar los medicamentos como indica el personal de salud?</b></p> <p>Para curarte y evitar contagiar a otras personas, es importante tomar los medicamentos en la dosis correctas y en el horario indicado por el personal de salud.</p> <p>Aceptar el tratamiento (adherencia) para la tuberculosis es importante para que los medicamentos funcionen correctamente y se logre la curación para una buena calidad de vida.</p>  <p><b>PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS</b></p> <p>Calle Fernando Huachalla Entre 6 de Agosto y 20 de Octubre Edificio Victor Piso 3 Teléfono/Fax: 2442403 E-mail: tuberculosis@sns.gob.bo</p> <p><b>Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida</b></p> <p>Bolivia Digna, Soberana y Productiva <b>PARA VIVIR BIEN</b></p>	 <p><b>La Tuberculosis</b></p>  <p><b>?</b></p> <p>La Tuberculosis se puede prevenir. La Tuberculosis se puede curar. Cómo puedo saber si estoy con Tuberculosis. Por qué es importante tomar los medicamentos como lo indica el personal de salud.</p>
--	--	---

<p><b>LA TUBERCULOSIS</b></p> <p>La tuberculosis es una enfermedad muy peligrosa cuando afecta a los pulmones, porque una persona que tiene esta enfermedad y no se encuentra en tratamiento puede contagiar de diez a doce personas por año.</p> <p>La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa, porque es causada por un organismo pequeño llamado Bacilo de Koch o bacilo de la tuberculosis.</p> <p><b>La tuberculosis pulmonar</b></p> <p>La tuberculosis afecta principalmente a los pulmones. Un enfermo con tuberculosis en los pulmones elimina millones de bacilos en las flemas o expectoraciones al toser, estornudar, hablar, reír. Estos microbios quedan flotando en el aire y pueden entrar al organismo, sin ser notados, a los pulmones de cualquier persona cuando respira.</p>  <p><b>La tuberculosis ataca principalmente a los pulmones, y sin tratamiento es altamente contagioso pudiendo llegar a causar la muerte.</b></p>	<p><b>La tuberculosis extra-pulmonar</b></p> <p>Esta forma de tuberculosis afecta a otros órganos del cuerpo, como ser: hígado, riñones, cerebro, ganglios linfáticos, médula ósea, huesos, la piel y el sistema reproductor (masculino y femenino).</p> <p>Es más frecuente en personas con VIH/SIDA y es difícil de diagnosticar.</p>  <p><b>La tuberculosis extra-pulmonar afecta a otros órganos del cuerpo y sin tratamiento puede llegar a causar la muerte.</b></p> <p><b>¿La Tuberculosis se puede prevenir?</b></p> <p>La tuberculosis se puede prevenir si tomas en cuenta las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alimentándote lo mejor que puedas.</li> <li>● Manteniendo la vivienda ventilada, limpia y soleada (el sol mata a los bacilos).</li> <li>● No consumiendo bebidas alcohólicas.</li> <li>● No consumiendo drogas.</li> </ul>	 <p>Si tienes la sospecha de haber estado cerca de una persona con tuberculosis pulmonar, debes acudir al establecimiento de salud más cercano para ser atendido(a), especialmente si estás con tos y eliminas flemas por más de 15 días.</p> <p>Si tu diagnóstico resulta positivo, es importante empezar el tratamiento para la tuberculosis lo más pronto posible.</p> <p><b>Como hábito saludable tápate la boca al toser y estornudar con un pañuelo.</b></p> <p><b>¿La Tuberculosis se puede curar?</b></p> <p>Si. La tuberculosis se cura cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Es tratada oportunamente.</li> <li>● El tratamiento es directamente observado en los establecimientos de salud.</li> <li>● El enfermo cumple con el tratamiento hasta completarlo.</li> <li>● Cumple con los controles de flema para ver que los bacilos van desapareciendo.</li> </ul>
---	---	--

## Para que nunca más ocurra...

- La negación del derecho a la información adecuada y clara sobre la enfermedad y alternativas de tratamiento.
- La persistencia de barreras o prejuicios para que los ciudadanos (as) podamos participar con propuestas de mejora de la salud en nuestra comunidad, concertarlas con otras organizaciones y vigilar que el Estado cumpla con aplicarlas para nuestro bienestar.

### PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS



Calle Fernando Guachalla  
entre 6 de Agosto y 20 de Octubre  
Edif. Victor, Piso 4  
Teléfono/Fax: 2442403  
E-mail: tuberculosis@sns.gob.bo

## Programas Regionales de Control de Tuberculosis

SEDES LA PAZ  
C. Capitán Ravelo N° 2180  
SEDES ORURO  
San Felipe, 6 de Octubre y Arce Telf: 5277001  
SEDES TARJJA  
Av. Potosí N° 543 Telf.: 6643267  
SEDES BENI  
C. La Paz s/n esq. C. 18 de Noviembre  
SEDES PANDO  
Av. 9 de Febrero, Hospital Roberto Galindo (km 2)  
Telf.: 8423473 - 8422017  
SEDES SANTA CRUZ  
Av. Omar Chávez Edif. CORDECRUZ  
Telf.: 3636300  
SEDES COCHABAMBA  
Av. Aniceto Arce esq. Pasteur Telf.: 4220966  
SEDES POTOSÍ  
Plaza Arce s/n, esq. Cochabamba Telf.: 6227449  
SEDES CHUQUISACA  
C. Rosendo Villa N° 02 Telf.: 6454093

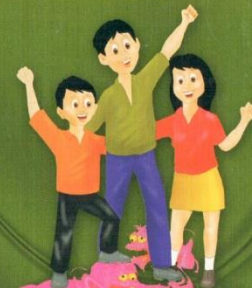
## Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Documento impreso con el apoyo financiero del gobierno de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo convenio del Convenio Cooperativo N° 511-C-00-05-0004-23.  
Es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se autoriza su reproducción total o parcial, a condición de citar la fuente y la propiedad.



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

## PORQUE TENEMOS DERECHO ALTO A LA DISCRIMINACIÓN



PORQUE LA TUBERCULOSIS SE PUEDE CURAR,  
Y LA DISCRIMINACIÓN TAMBIÉN,  
CONTÁCTATE DE COMPRENSIÓN Y SOLIDARIDAD

Por una Bolivia sin Tuberculosis...  
**PARA VIVIR BIEN**

Amigos, ¿sabían que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa contagiosa que ataca, especialmente, a los pulmones y es causada por el Bacilo de Koch?



La tuberculosis es contagiosa, porque un enfermo puede contagiar de diez a doce personas por año; además, puede afectar a todos: niños, jóvenes, adultos y ancianos.

Sin embargo la tuberculosis PUEDE CURARSE, si se detecta e inicia el tratamiento oportuno. Los medicamentos contra la tuberculosis están a disposición de los pacientes y son GRATUITOS en todos los establecimientos de salud.



## Juntos conozcamos Nuestros Derechos



Porque también tenemos derechos y deberes al igual que tú.

Ser atendido sin discriminación.

Ser tratado con respeto y dignidad.

Derecho a la seguridad del trabajo después del diagnóstico.

Derecho a tener privacidad personal.

Derecho a participar como interesado directo en la ejecución de las políticas de tratamiento y prevención de la tuberculosis.

Ser informado oportunamente sobre su situación de salud.

A ser escuchado y expresar su opinión sobre el servicio recibido.

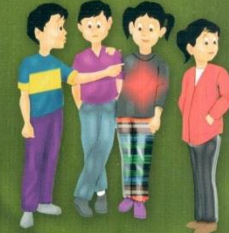
No ser objeto de experimentación para nuevos medicamentos o tratamientos.

## Ahora conozcamos Nuestros Deberes

Proporcionar al personal del establecimiento de salud

**1** Proporcionar al personal del establecimiento de salud tanta información como sea posible acerca de su estado de salud.

**2** Seguir el plan de tratamiento prescrito y cumplir las instrucciones establecidas por el personal de salud.



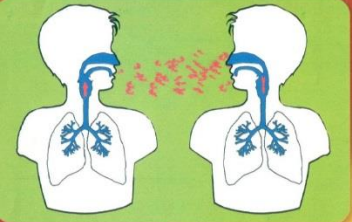
**3** Contribuir al bienestar de la comunidad y alertar a otros a buscar asistencia médica si presentan los síntomas de la tuberculosis.

**4** Responsabilidad moral de compartir información y conocimientos obtenidos durante el tratamiento.

**Responsabilidad Moral para sumarse a los esfuerzos para lograr una sociedad libre de Tuberculosis**

### ? Qué es la Tuberculosis

Es una enfermedad grave y contagiosa, causada por el "Bacilo de Koch o Bacilo de la Tuberculosis".



### ? Cómo se contagia la Tuberculosis

La Tuberculosis se contagia cuando la persona enferma elimina al toser, cantar, hablar y reír, gotitas de saliva muy pequeñas llenas de bacilos, las cuales quedan flotando en el aire.

La Tuberculosis se contagia de una persona enferma a otra sana.

### Síntomas de la Tuberculosis

El enfermo con tuberculosis al inicio de la enfermedad:

- Tiene tos y expectoración (flemas o gargarjos) por más de 15 días.

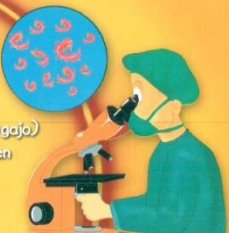
El enfermo con tuberculosis avanzada:

- Escupe flemas verdes que pueden estar manchadas con sangre.
- Enflaquece, no tiene ganas de comer.
- Tiene fiebre por las noches.
- Malestar general.



### ? Cómo se diagnostica la Tuberculosis

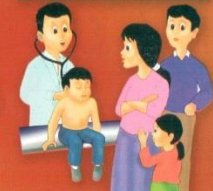
El personal de salud solicita al enfermo tres muestras de sus flemas (expectoración o gargarjo) para ser analizadas en el microscopio.



### ? Se cura la Tuberculosis

Sí, la Tuberculosis se cura tomando todos los medicamentos que indique el personal de salud, durante 6 meses.

#### Espacio DOTS - C

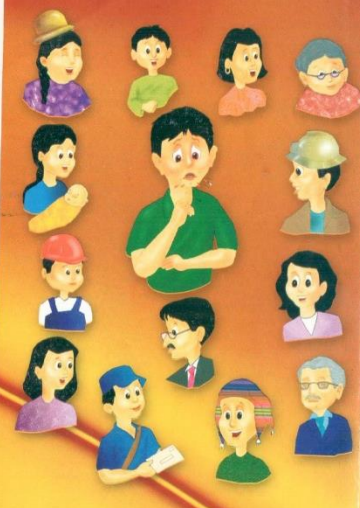


### ? Existe alguna vacuna contra la Tuberculosis

Sí, la vacuna B.C.G. que se aplica al recién nacido, la cual protege solo de las formas graves de tuberculosis (meningea y miliar).




### ? Cómo prevenir la Tuberculosis




Un enfermo con TUBERCULOSIS sin tratamiento contagia de 10 a 12 personas por año.

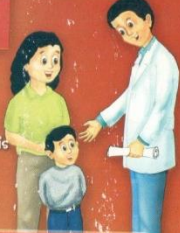
Comiendo alimentos nutritivos como: carnes, menudencias, leche, huevo, queso, leguminosas, frutas y cereales.



Ventilando y manteniendo limpia nuestra vivienda.



Apoyando a todo enfermo con tuberculosis para que cumpla su tratamiento hasta lograr su curación.




Si usted tose y elimina flemas (gargarjos) por más de 15 días, podría tener tuberculosis. Consulte al establecimiento de salud más cercano a su domicilio.

Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

El Estado Plurinacional de Bolivia  
Ministerio de Salud y Deportes

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS

## Luchemos contra la Tuberculosis



Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

## **Contenido del CD Carpeta Adjuntos:**

Documento en Formato Word

Documento en Formato PDF

Anexo Digital:

- Documental Informativo Sobre las campañas contra la Tuberculosis, 2010
- Cuñas Elaboradas en el Plan Comunicacional 2011
- Spots Elaborados en el Plan Comunicacional 2011