

**COMUNICACION EN TIEMPOS DEL COLERA****10**

Cólera, deuda externa y pobreza van juntos. Comunicadores y medios, en una gran alianza, ayudan a suavizar el desastre.

Heidrun Graupner, Roberto Ampuero Espinoza, Carlos Vidal Layséca, Lucía Lemos, VOA, Luis Rivera, Juan Aguilar, Maurizio Manocci, Ana María Vásquez, Olga Marín, Juan Esteban Calle, Daniel Raffo, Wilman Sánchez.

COMUNICACION Y DESARROLLO**52**

El conjunto de organismos de Naciones Unidas, ONG's, otras instituciones y los expertos, consideran a la comunicación como fundamental para el desarrollo de los pueblos.

Anisur Rahman, Marco Ordoñez, Luis Eladio Proaño, Luis Rivera- UNICEF, FAO, NOVOSTI, Yash Tandon, Gino Lofredo.

**DECANOS DE CARRERAS DE COMUNICACION**

Entrevista a Federico Iglesias, Universidad de Puerto Rico, por *Juan Braun* **42**

Entrevista a Margoth Ricci, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, por *Hernando Bernal* **46**

ORGANIZACIONES DE COMUNICACION	2	ACTIVIDADES DE CIESPAL	6
EUROPA	4	NUEVAS TECNOLOGIAS	8
AFRICA	5	LIBROS	99

Los artículos firmados no expresan necesariamente la opinión de CIESPAL o de la redacción de CHASQUI.

Carta del editor

Cólera. La séptima pandemia coincide con un retroceso pavoroso en los niveles socio-económicos de los latinoamericanos. Ya hay 260 millones de pobres. Y cada día son más.

Los medios de comunicación han sido muy eficaces en evitar una alta mortandad. Sus mensajes de prevención han llegado a todos los rincones. Y el trabajo puerta a puerta de los trabajadores a nivel de base, fue y es excepcional.

Pero pocos medios de comunicación, muy pocos, se animan a confrontar las causas que producen la pobreza, el cólera. Y a gritar...¡Basta! ¡No más! Sin eliminar

las causas, el cólera seguirá. Y nuestros pobres-pobres tendrán que seguir pagando la deuda externa. Eso sí, con cólera.

¿Qué hacer? Soñar un poco. Soñar mucho. Volver al mundo de las utopías. Fantasear que algún día los medios de comunicación del Norte y del Sur, estarán al servicio de la causa de los necesitados, los más débiles, los más pobres. Que la comunicación sea para el desarrollo.

¿Se hará realidad? Sí. Dentro de mil años.

Juan Braun

DIRECTOR: Asdrúbal de la Torre. **EDITOR:** Juan Braun. **DIRECTOR DE PUBLICACIONES:** Nelson Dávila. **ASISTENTE DE EDICION:** Wilman Sánchez. **COMITE EDITORIAL EJECUTIVO:** Jorge Mantilla, Peter Schenkel, Edgar Jaramillo, Fausto Jaramillo, Gloria Dávila, Lucía Lemos, Ma. del Carmen Cevallos, Francisco Ordóñez. **CONSEJO ASESOR INTERNACIONAL:** Luis Beltrán (Bolivia); Reinhard Keune (Alemania); Humberto López (Colombia); Francisco Prieto (México); Máximo Simpson (Argentina); Luis Rivera (Puerto Rico). **CONSEJO DE ADMINISTRACION DE CIESPAL:** Presidente, Tiberio Jurado, Universidad Central del Ecuador; miembros

regulares: Marco Encalada, UNP; Fernando Chamorro, UNESCO; Flavio de Almeida Sales, OEA; Rubén Astudillo, Min. Relaciones Exteriores; Rodrigo Rangles, Min. Educación; Louis Hanna AER; Alba Chávez de Alvarado, Universidad Estatal de Guayaquil. **COMPOSICION:** Martha Rodríguez. **DISEÑO:** Fernando Rivadeneira. **PORTADA:** Darío Donoso, Jaime Pozo. **IMPRESO:** Editorial QUIPUS, Servicios Especiales de IPS, OIP, IJI. **Chasqui** es una publicación de CIESPAL que se edita con la colaboración de la Fundación Friedrich Ebert de Alemania. Apartado 17-01-584. Quito-Ecuador. Teléfono: 544-624. Telex: 22474 CIESPL ED. FAX (593-2) 502-487.

Lucía Lemos

Análisis de situación

La epidemia del cólera estalló en el Perú. Si los peruanos pobres tuvieran agua y desagüe, la enfermedad no habría llegado a niveles epidémicos. Y esto hay que decirlo al mundo. Las campañas de prevención movilizan y cambian hábitos.



Indígenas pobres son los más susceptibles ante la epidemia

La historia epidemiológica del cólera en el mundo ha registrado siete pandemias desde el siglo XIX. Desde 1816 a 1923 han ocurrido seis grandes pandemias, con una media de tiempo de siete años-epidemia. Sin embargo, el cólera ha existido en el subcontinente Indico (India, Ceilán, Java y Sumatra) desde mucho tiempo atrás. En el siglo XVI, los primeros exploradores portugueses que llegaron a la India, descubrieron una enfermedad muy grave que provocaba una elevada mortalidad entre indígenas y colonizadores y la denominaron *Mordexin*; describieron claramente sus características clínicas: Vómitos, dia-

Lucía Lemos, ecuatoriana. Jefe del Centro de Documentación de CIESPAL, Comunicadora y Catedrática Universitaria. Este artículo es un compendio de diversas publicaciones sobre la epidemia del cólera.

rearras profusas sin pujos, deshidratación intensa, oliguria o anuria y colapso que puede ocasionar la muerte.

La epidemia europea de 1830-1837, produjo más de un millón de víctimas en ese continente. En epidemias ocurridas en años recientes (1959-1965) de 377.000 enfermos, fallecieron 118 mil; es decir, más del 35 por ciento de letalidad.

Desde 1923, cuando terminó la sexta pandemia, el cólera existía endémicamente en India (Ganges), Bangladesh y Sulawesi (Islas Célebes, Indonesia).

SEPTIMA PANDEMIA

Esta comenzó en 1961, causada por el biotipo Eltor; se originó en las Islas Célebes, Indonesia y se extendió por el sudeste y sur del Asia, Oriente Medio, partes del nordeste y oeste de África

hasta la Península Ibérica y el Sur de Rusia.

El cólera se ha difundido extensamente desde 1961 hasta afectar al menos a 98 países.

En 1970, el cólera invadió el África Occidental, que había estado libre de la enfermedad. Se propagó a lo largo de la costa y los ríos por medio de pescadores y comerciantes y a otras regiones del continente por las vías terrestres transitadas.

La amplia experiencia con la séptima pandemia de cólera, que continúa, demostró que es imposible evitar la introducción del cólera en un país. Sin embargo, la propagación sí puede contenerse mediante medidas de control apropiadas. En el curso de las últimas tres décadas, la investigación ha contribuido sustancialmente a la comprensión de la epidemiología y tratamiento clínico de la enfermedad.

APARICION DEL COLERA EN AMERICA LATINA

La epidemia del cólera estalló en el Perú. Se comprobó la aparición de casos casi simultáneamente en Piura, Chimbote, Chancay y Callao, a mediados de enero de 1991; en principio se creyó que el principal portador del cólera era el mar, por lo que las autoridades de Salud recomendaron, como medida precautoria, evitar el consumo de pescado.

En el primer boletín oficial del Ministerio de Salud sobre la epidemia, el 8 de marzo de 1991, se previó que en tres meses el mal atacaría en promedio al tres por ciento de la población del litoral, es decir a 287.075 personas, de las cuales 68.898 necesitarían hospitalización. **Figura 1.**

Posteriormente, se informó que la población susceptible de ser afectada son los once millones de peruanos que viven en condiciones de pobreza extrema en todo el país y no solo en la costa.

Según la diputada y microbióloga experta en peces, Victoria Villanueva, el cólera apareció varias veces en el Perú en los últimos años, pero sin características epidémicas.

El epidemiólogo chileno Manuel Zúñiga, autoridad mundial en la materia, señaló que la epidemia de cólera es consecuencia de las pésimas condiciones sanitarias en que vive gran parte de la población; el reto de fondo es evitar que se vuelva endémico.

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN

La pandemia del cólera que afecta a la región, aún no puede ser evaluada en sus reales proporciones -económicas y sociales- casi en ningún país.

En todos ellos se han desarrollado y continúan desarrollándose grandes campañas educativas de concientización y de prevención. Los Ministerios de Salud han gastado ingentes sumas de dinero para informar a la población sobre qué es el cólera y cómo prevenirlo. A continuación se describen brevemente las experiencias de Ecuador, Perú, Colombia y América Central.

ECUADOR

El Gobierno del Ecuador ejecuta un plan de comunicación para motivar la movilización de diversas organizaciones y redes formales e informales, para facilitar la participación comunitaria y la información crítica sobre causa, prevención y tratamiento del cólera, con el fin de atenuar esta epidemia y lograr, a mediano plazo, un cambio en las prácticas sanitarias cotidianas.

La propuesta de comunicación trata el problema en una doble perspectiva:

- Enfrenta la emergencia actual y plantea tareas preventivas y de control;
- Diversas audiencias a ser alcanzadas, en función de las poblaciones más vulnerables al mal del cólera;
- Contenidos primarios sobre el cólera, respecto a transmisión, prevención, control y tratamiento;
- Selección de medios de alcance masivo, medio, local e interpersonal;
- Apoyo comunicativo-educativo a los agentes institucionales y comunitarios que desarrollan tareas educativas y preventivas interpersonales cara a cara.

Ante la emergencia, el gobierno nacional acudió a la inmediata utilización de redes formales e informales para una movilización masiva de la población.

Entre las redes de movilización están las siguientes:

- Ministerio de Salud Pública. A través de su participación técnica-profesional en el control, atención, tratamiento y vigilancia epidemiológica del cólera y la organización efectiva de los servicios de salud a todo nivel.
- La Dirección de Fomento y Protección del Ministerio de Salud, editó algunas publicaciones para diferentes destinatarios, por ejemplo, un "Manual de capacitación para las colaboradoras voluntarias de Salud" producido con el

apoyo de las autoridades del MSP y de las Agencias de Cooperación UNICEF, OPS y AID.

- Secretaría Nacional de Comunicación (SENAC): Para utilizar su infraestructura y su disposición a obtener espacios gratuitos de difusión de mensajes en prensa, radio y televisión.

- Ministerio de Educación y Cultura, a través de su red del Departamento de Educación para la Salud, Convenio MSP-MEC de Educación para la Salud (DESOTIDES), para alcanzar a todo el sistema educativo hasta llegar a la comunidad educativa-profesores, maestros, estudiantes- y padres de familia.

- Ministerio de Bienestar Social, a través de la Red Comunitaria para el Desarrollo Infantil, la Red de Mujeres de la Dirección Nacional de la Mujer (DINAMU), organizaciones de mujeres y ONG's que trabajan en beneficio de la mujer.

Además, se convoca a la Iglesia Católica, otras iglesias y confesiones religiosas, organizaciones de voluntariado, Fuerzas Armadas y Defensa Civil, entre otras.

Los contenidos y mensajes de este plan del gobierno ecuatoriano, están fundamentados en las recomendaciones técnicas de la OMS, OPS y por las autoridades médicas pertinentes del Ministerio de Salud Pública. Los contenidos básicos son de cuatro tipos:

- * Comprensión del cólera que llame a la acción inmediata;
- * Modos de transmisión y contagio del cólera;
- * Medidas preventivas y fundamentales;
- * Tratamiento y control en casos de cólera.

Además, en el Ecuador, se creó un Comité Nacional de Lucha contra el Cólera "Todos por la vida" auspiciado por UNICEF y entidades de salud nacionales, coordinando a otras entidades que pueden aportar para las campañas de prevención.

PERU

Gracias a la disponibilidad de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), que es la base para tratar los casos de cólera, pudo organizarse rápidamente en el Perú un sistema de evaluación y tratamiento de casos, tanto en hospitales y otros establecimientos de salud, como a nivel de la comunidad.

Se tomaron rápidamente las acciones necesarias, constituyendo el Ministerio de Salud un Comité Ejecutivo Nacional formado por las principales autoridades

del país. Este Comité tiene la responsabilidad de coordinar las acciones con las organizaciones nacionales, internacionales, embajadas y medios de comunicación. También es el nexa con la Presidencia de la República.

El Comité Ejecutivo asignó al Comité Operativo Nacional bajo la dirección del Viceministro de Salud, la coordinación del abastecimiento de suministros, logística, manejo de casos, educación y recursos humanos, red de servicios, epidemiología y saneamiento básico.

Anivel regional, departamental y hospitalario, se organizaron Comités de Lucha contra el Cólera y se establecieron las Unidades de Tratamiento del Cólera, UTC. Con esta organización en todo el país, se logró que las informaciones y comunicaciones provenientes del Comité Operativo Nacional, fluyan en forma oportuna y veraz y lleguen a gran parte de la población amenazada por la enfermedad.

Asimismo, se formaron equipos médicos con experiencia en el manejo de casos de diarrea con la TRO, quienes trabajan en los lugares donde aparecieron los primeros casos con el fin de apoyar al equipo local.

COLOMBIA

En Colombia, se han reportado casos de cólera en los Departamentos de Guaviare, Leticia, Cali y Buenaventura. Los fallecimientos ocurrieron en Nariño y Cauca, la mayoría pacientes provenientes de las veredas.

La epidemia tiene ahora dos puntos de difusión independientes: Sigue existir centros de salud, ignorando a la región amazónica y zonas rurales de América Latina, en donde la enfermedad es más evidente y toma características endémicas. Es triste decirlo, pero por causa del cólera pueden llegar a desaparecer muchas étnias.

AMERICA CENTRAL

En México, las autoridades de Salud buscan controlar el brote de cólera detectado en la serranía mexicana, planificando, entre otras medidas, un fuerte cordón sanitario, medicación masiva y clorificación del río La Goleta.

Por otro lado, en Guatemala, tras descubrirse los primeros casos de cólera en México, se estableció un estado de alerta en toda la población, ante la amenaza de que 200 mil personas podrían ser afectadas por la epidemia,



Foto: Enrique Bastidas

La dotación de agua potable es fundamental para prevenir la epidemia

Las autoridades de Centro América están realmente alarmadas de la rapidez con que llegó la epidemia a sus países; en menos de seis meses los países centroamericanos como Guatemala, Honduras y Costa Rica reportan casos de cólera a pesar de las precauciones que tomaron al presentarse la enfermedad en México.

Los medios de comunicación no solamente participan en las campañas financiadas por organizaciones como OMS, UNICEF, Ministerios de Salud y Educación, sino que emiten informaciones sobre la situación de la enfermedad en los diferentes países y las medidas de control aplicadas por los diferentes gobiernos. Esta también es una forma de prevenir al público.

DOS PROGRAMAS ESTRATEGICOS

En la reunión de Ministros de Salud del Area Andina, realizada en Bolivia el 21 de abril de 1991, se acordó realizar un "programa vertebral" de lucha contra el cólera y crear un fondo común para la aplicación del proyecto.

El programa.- Comprende cuatro puntos básicos: Perfeccionamiento de los servicios de salud, capacitación médica, logística y mejoramiento de los servicios sanitarios. Para obtener el financiamiento, los gobiernos andinos consideran las propuestas de recompra o condonación del 10 por ciento de la deuda externa y la disminución del presupuesto de otros ministerios.

El Fondo Común.- La Organización Panamericana de la Salud (OPS), destinará 12 millones de dólares para combatir el cólera en América Latina e impedir su avance, porque "podría afec-

tar a seis millones de personas en la región", según dijo su director, Carlyle tendiéndose hacia el norte a lo largo de la Costa Pacífica y hacia la Sierra y la Región Amazónica.

El gobierno colombiano conformó un Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica del cólera y decretó el alerta roja en los departamentos de la Costa Pacífica.

Se establecieron normas de control de pasajeros y alimentos en particular provenientes de Perú y Ecuador. Se prohibió la importación de productos del mar de estos países. Con fondos de la Oficina de Desastre de la Presidencia y del Ministerio de Salud, se propuso un plan de saneamiento ambiental y fortalecimiento de los servicios de salud de la Costa Pacífica. A ello se añaden las campañas de motivación y educación en salud de la población a través de radio y TV.

Se diseñó la "Operación de Barrido Sanitario" para atacar de manera simultánea dos graves problemas de salud: La circulación del **poliovirus salvaje** y la epidemia del cólera. El objetivo de vacunar aproximadamente 1.5 millones de niños menores de 5 años contra la poliomieltis - en visita casa por casa - y difundir mensajes básicos para la prevención, tratamiento y referencia del cólera. La operación se ejecutó desde junio de 1991 en las regiones de la Costa Pacífica y Atlántica.

Algunos expertos consideran real la posibilidad de que el cólera se vuelva endémico, especialmente en la Cuenca Amazónica, con brotes epidémicos cada 4 ó 5 años.

EL CASO DE LA AMAZONIA

Según los últimos informes, los casos de cólera en la región Amazónica del Brasil aumentaron a más del doble en veinte días, hasta situarse en 49.

Una funcionaria de la Secretaría de Salud de Río de Janeiro, informó que solo en Tabatinga se registraron 32 enfermos y otros tantos casos fueron registrados en localidades aledañas a orillas de los ríos con nacientes en el Perú.

Algunos de los enfermos son peruanos residentes en Brasil o acogidos por hospitales de la región. Muchos no manifestaron los síntomas clásicos como vómitos y diarrea, pese a detectarse en el organismo el bacilo causante del cólera.

En la región Amazónica del Perú y de Ecuador, también aumentan los casos del cólera, con el agravante de que allí no existen las instalaciones sanitarias básicas para poder controlar la epidemia. Además, las campañas de comunicación están dirigidas únicamente a las zonas urbanas a donde llegan los medios masivos o Guerra de Macedo, al concluir una visita a Perú.

CONCLUSIONES

Según se desprende de todo lo anterior, ante situaciones como la presentada en América Latina, lo más aconsejable es definir prontamente las campañas de comunicación y los medios de propagación y orientar sobre la forma cómo prevenir su contagio y cómo tratar los posibles casos que se presenten.

Sin embargo, a pesar de todas las campañas que se llevan a cabo en los distintos países, muchas de ellas financiadas por organismos internacionales, la solución del problema no está solamente en identificar las causas y buscar la forma de prevenirlas, sino más bien en el desarrollo integral de los países. Si se dota de agua potable, alcantarillado y servicios básicos de sanidad, se podrá garantizar una efectiva campaña preventiva de salud.

REFERENCIAS

- UNICEF
- OMS/OPS
- Universidad Laica "Vicente Rocafuerte de Guayaquil
- Revista D+C, No. 3/1991
- Revista "Quehacer" No. 70, marzo-abril 1991
- Revista "Caminos" No. 35, Abril 1991
- "Propuesta de Comunicación" Gobierno Ecuatoriano.