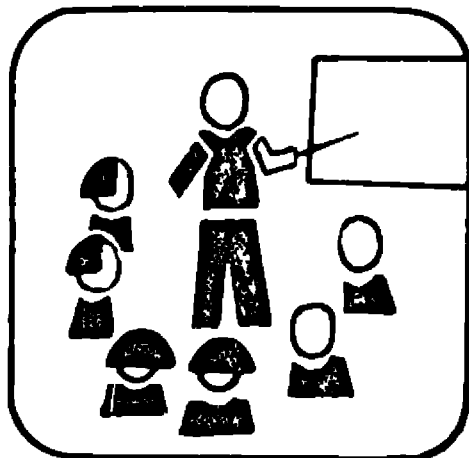
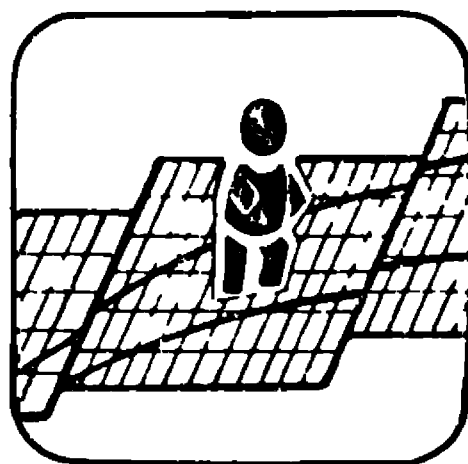
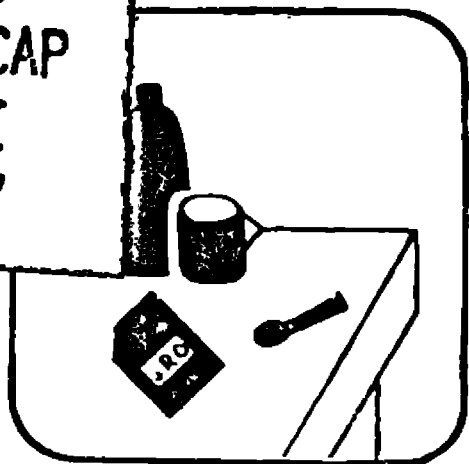




Centro

Regional

de Documentación

sobre Supervivencia Infantil

PAQUETE DE DOCUMENTOS

REUNION DE TRABAJO SOBRE COMUNICACION SOCIA
EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Antigua, Guatemala 22-28, octubre 1989

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
Apartado Postal 1188 □ Guatemala, Guatemala, C.A.

La reproducción de estos documentos ha sido financiada por la Agencia Internacional para el Desarrollo (Donación ROCAP Nos. 596-0104 y 596-0115) de los Estados Unidos.

C O N T E N I D O

- Saunders, D.J. "Comunicación" En: Visual Communication Handbook. Lutteworth Educational Guilford, Surrey, 1984. p.p. 7-14
- Manoff, R.K. "Cómo diseñar el mensaje nutricional perfecto". En: Using Communication to Solve Nutrition Problems. An International Nutrition Communication Service (INCS) Washington, 1986
- "¿Funciona el mercadeo social?" Population Reports. Serie J Número 21, enero 1981. p.p. 1-9
- "Apropiémonos de los medios masivos de comunicación". La Tribuna, 36:21-32, 1989
- Alcalay, R. "El impacto de programas de comunicación social en el área de salud". En: Informe Final del Seminario Internacional de Comunicación en Programas de Salud. Buenos Aires, Argentina, 20-23 mayo 1985. p.p. 115-131
- "Guidelines for planners and decision-makers in the use of mass media in food and nutrition programmes". Cajanus, 21(1):24-36, 1988
- Gustafson, Marilynne B. "A comparative review of available literature dealing with the preparation of visuals". Cajanus, 21(1):37-46, 1988
- "Situación actual de los medios de comunicación modernos y tradicionales". Documento presentado en el Seminario taller Litrocom-Guatemala/89, celebrado en Panajachel, Guatemala en abril de 1989. (mimeografiado)
- "El comportamiento de las familias y el papel de la participación de la comunidad en las actividades de TRO". Documento de cuestiones para panel, ICORT III.
- Manoff International Inc. "Project description: Nutrition communication and behavior change component. Indonesian Nutrition Development Program". (Traducido al español por INCAP). Washington, D.C. 1984. 25 p.

Saunders, Denys J. Visual Communication Handbook. Lutterworth Educational Guildford, Surrey. 1984. pp. 7-14. Traducción de Gloria de Hernández.

COMMUNICACION

COMUNICACION

Ha tenido Ud. dificultad para hacerse comprender por lo demás, y que comprenden lo que Ud. quiere que ellos hagan? El educador de salud se pregunta, por qué las personas no siguen sus buenos consejos de salud y nutrición. Al demostrador agrícola se le dificulta hacer que los agricultores acepten sus métodos innovadores. Los profesores tienen problemas de disciplina en la clase, los predicadores se molestan con el hecho de que la congregación parece tener poco interés en sus sermones. Las exhortaciones acerca de la guerra y la paz, las relaciones raciales, la planificación familiar, los vicios, fumar, alcoholismo, honestidad y otros cientos de temas que parecen llegar a oídos sordos. Todas estas evidencias y nuestras experiencias personales nos sugieren que el éxito en la comunicación social no es fácil.

Los educadores, los oficiales del gobierno, trabajadores sociales y muchos otros más han encontrado soluciones a este problema. Es un asunto vital el que aprendamos a comunicarnos bien. Pero qué es comunicación? Pregúntele a 20 personas y obtendrá 20 diferentes respuestas!

Sin intentar una definición, permítanos ver diferentes aspectos en esta materia. Quién? Qué dice? Con qué propósito? A quién? En qué situación? Por qué medios? Con qué efecto?

QUIEN

En su papel de comunicador (maestro, predicador, extensionista, artista, etc.) Ud. debería saber de qué está hablando. Su audiencia debería creer en Ud. y aceptarlo como persona, Ud. necesita ser un oyente atento.

QUE DICE

Defina el contenido de su mensaje, las habilidades, la información o las actitudes que deben comunicarse. El contenido debe dictarse en el léxico escolar, como el sermón de la iglesia o por medio de las necesidades inmediatas de la comunidad.

CON QUE PROPOSITO

Sea claro respecto a lo que espera de la audiencia. Qué espera que ellos hagan? En la mayoría de las situaciones de aprendizaje, su propósito debe ser uno o alguno de los siguientes: habilidades didácticas, presentación de hechos, organización del conocimiento, estimular la imaginación o cambio de actitudes.

A QUIEN

La experiencia de una persona afecta de cómo él o ella aprenda, de manera que Ud. necesita saber algo de la experiencia previa de su audiencia, habilidad de aprendizaje, intereses, actitudes y valores. No asuma que sabe todas estas cosas. Aún en su propio pueblo o ciudad esté preparada para escuchar y aprender.

Hay tres factores que pueden ser barreras para que los alumnos puedan comprender su mensaje.

- a. El factor físico: puede el alumno ver y oír apropiadamente?
Es su responsabilidad hacer sus exposiciones visuales y verbales con claridad.
- b. El factor intelectual: puede el alumno comprender lo que él o ella ve o escucha? Mucho depende de su habilidad natural, su experiencia en el hogar y en la escuela. La experiencia de un individuo que habita en la ciudad y ha tenido 10 a 12 años de educación, es muy diferente de la experiencia que pueda tener un individuo que ha vivido siempre en un pueblo.

Puede ser que un agricultor no pueda leer, pero no por eso es ignorante o inmaduro. Como le sucede a muchas personas, puede su atención ser fácilmente distraída y después difícil recordar el tema, pero su experiencia en la vida generalmente lo prepara para un ritmo lento de aprendizaje. Lo que Ud. diga y demuestre y la velocidad de su presentación deben ser siempre apropiadas a su audiencia.

c. Factor emocional: está el alumno listo, deseoso y ansioso para recibir el mensaje? La actitud de una persona es influenciada por su experiencia cultural, su manera de pensar, y sus creencias. Las personas que creen que una película es únicamente un medio de entretenimiento, responderán menos si la película se usa como medio educativo. Algunos campesinos, están emocionalmente involucrados con su ganado y su tierra y muestran una oposición inmediata a cualquier sugerencia de cambio que les afecte directamente. En general, las personas prestan su atención espontáneamente a los temas que les interesa y están ansiosos por aprender, y a menudo están listos para hacer cambios en sus vidas cuando se ofrece una sugerencia que se identifique con la necesidad que ellos han reconocido.

EN QUE SITUACION

La situación física afecta muchos aspectos de aprendizaje. Qué clase de estructura está usando o está al aire libre? Hay suficiente espacio para moverse? Es de día o de noche? Hay frío o calor? El número y las interrelaciones también son importantes. Leer un cartel puede ser una actividad individual. Un trabajador social que visite un hogar, debe estar consciente de las relaciones familiares. Muchas personas con intereses en común, se reúnen en clubs y en grupos. Cientos de personas se reúnen para escuchar un discurso o para ver una película o un drama y es muy útil saber como se comporta un grupo.

Tiene Ud. una audiencia fija en la iglesia o en la escuela, o puede un individuo decidir si se va a quedar o se va a ir cuando hay sesión en un club, al aire libre o en una exhibición?

POR QUE MEDIOS

En muchos países, durante muchos siglos la principal forma de comunicar las ideas ha sido por medio de la palabra hablada, con canciones y drama, según las ocasiones especiales. Los temas a discutirse y las palabras que han de usarse han sido relacionadas a una experiencia cultural

común, a manera que sean comprendidas satisfactoriamente.

Frecuentemente un campesino podría ilustrar su punto de vista haciendo referencia a un objeto de alguna clase y podría algunas veces haber la posibilidad para el alumno de inspeccionar el objeto y aún tratar de usarlo.

Las personas en algunas partes del mundo, también han usado la palabra escrita y esto los ha llevado paso a paso a una forma más racional de pensar.

Actualmente la situación está cambiando más rápidamente y en la mayoría de países millones de personas están aprendiendo a leer. Al mismo tiempo una gran variedad de instrumentos de la comunicación están siendo disponibles.

INSTRUMENTOS PARA TRABAJAR

- a. Audio-lo que escucha. Musica, tambores y efectos de sonido que pueden ser escuchados, pero la herramienta más comúnmente usada es la palabra hablada. Cuando se le habla a su propia gente, algunos maestros son muy buenos simplemente hablando y aumentan la efectividad de su comunicación por medio de gestos dramáticos usados apropiadamente. Para muchos individuos, la información que escuchan directamente de los labios de otra persona es muy importante, particularmente si esta persona es muy respetada. La palabra hablada en sí, sin embargo, tiene varias limitaciones. Muchas personas escuchan las palabras, pero comprenden poco la idea que encierran. Si las palabras, se ponen en práctica apropiadamente, deben estar enraizadas en la experiencia personal.

Si el expositor y el oyente usan palabras relacionadas a experiencias totalmente diferentes, puede haber poco entendimiento entre ellos. No es tarea fácil llevar ideas nuevas e información poco familiar con palabras que el oyente relaciona a una experiencia familiar, o con palabras que el oyente piensa que comprende. Cuando se involucra una traducción, hay

muchas posibilidades de mala interpretación. Las palabras, por sí solas a menudo son malinterpretadas y se olvidan fácilmente.

- b. Visual-algo que se ve (aparte de la palabra escrita). Cuando hay muchos temas, aumenta el interés visual, proporciona una imagen mental clara, agiliza el entendimiento, ayuda a la memoria y proporciona una experiencia compartida. Mirando algo con la persona con quien está tratando de comunicarse tiene algo en común, la cosa que ambos están viendo-. Al compartir esta experiencia, las palabras que Ud. utiliza son comprendidas, porque tanto, el que expone como el oyente, las relacionan a la visión común.

Cuando el visual muestra algo que el observador ha visto en la vida real, él puede comprender y recordar el punto más fácilmente.

- c. Material multi-sensorial. Las personas reciben experiencias a través de sus cinco sentidos, la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto. Si Ud. puede apelar a más de uno de sus sentidos al mismo tiempo, su mensaje es más fácilmente comprendido y aceptado. Diferentes medios de comunicación deben ser dirigidos a diferentes personas. Para una comunicación efectiva, se necesita involucrar a la audiencia en diferentes experiencias -usando varios sentidos, si es posible. Sin embargo, su plan de enseñanza no debe concentrarse en trabajos de memorizar, sino en trabajos de observación y de escuchar, tocar y hacer.

MÉTODOS PARA EL TRABAJO

- a. Formal. El enfoque autoritario ha sido el tradicional en muchos países y es aún un método que muchos usan. El maestro proclama saber los hechos y el uso de los libros de texto y unos pocos materiales para decir a los alumnos lo que él sabe. Debido al gran número de alumnos con el que debe tratar a la vez, las

formas de YO TE LO DIGO, YO TE LO ENSEÑO, pueden ser necesarias algunas veces, pero no siempre conducen a la idea y su comprensión.

La dificultad, particularmente con adultos, es que este método no toma en cuenta los diferentes niveles de conocimiento individual y experiencia en el grupo. En muchos países, sin embargo, algunos maestros están encontrando las limitaciones de enfoque formal y están explorando nuevos métodos. Los departamentos de educación gubernamental están preocupados con el desarrollo de un curriculum. Las técnicas de educación informal para adultos están siendo usadas en el desarrollo comunitario, en la extensión de conocimiento agrícola y el entrenamiento comercial e industrial tienen mucho que ofrecer a todos aquéllos que están interesados en la comunicación de ideas.

- b. Informal. Cuando su meta es apoyar ideas, desarrollar actitudes y dirigir a la acción, el método menos formal que involucra descubrimiento, participación y aprendizaje por medio de la participación, será el más exitoso. En muchos casos, no se trata de decirle a una persona lo que esta persona necesita saber, sino que confrontarlo con su propia situación o con otras mejores situaciones, de manera que él descubra la verdad. Juntos pueden aclarar los temas y ponerse de acuerdo sobre lo que debe hacerse. Para un adulto, así como para una persona joven, el aprendizaje debe ser a través de actividad y ritmo; a través de decisiones individuales y participación; a su propio ritmo y con materiales que sean relevantes a su vida diaria y a uso de su propia experiencia.

El hecho de partir de la experiencia actual del educando, le lleva mediante una variedad de experiencias, a nueva y más amplia experiencia. Para muchos propósitos este uso de la experiencia es más efectivo que el método que empieza de las palabras de un libro de texto, y va mediante la relectura de notas a la absorción de palabras (a menudo con poca comprensión)

Claro! La experiencia en sí no es necesariamente significativa. La instrucción y la guía adecuada ayudan a que ésto se logre. Sin embargo, hay cierta duda cuando la meta es una ganancia interna, la comprensión y la habilidad y no solamente transmitir hechos e información, los métodos menos formales que involucran la experiencia del educando son más útiles.

LA SELECCION DE LOS METODOS Y LAS HERRAMIENTAS

Juzgue las herramientas visuales por su relevancia y efectividad, no por la cantidad de dinero que Ud. invierta en ellas. Cada medio de comunicación, tiene sus propias características y Ud. necesita seleccionarlas apropiadamente. No se puede enseñar todos los temas, ni alcanzar los propósitos educativos de una sola manera o método. En general, la verdad es que es más efectivo enseñar mediante una foto, u otra representación visual. La selección de herramienta y métodos depende de:

- a. El mensaje. En general hay tres tipos principales de mensajes que involucran saber, sentir y hacer. Dos ejemplos: un granjero avícola necesita saber acerca de la selección, alimentación y prevención de enfermedades de las aves, etc. Sentir, que criar pollos vale la pena. Hacer, ciertas cosas que aseguran aves sanas y productivas.

Un nuevo cristiano necesita saber, los hechos históricos básicos relacionados con la religión. Sentir y creer que este conocimiento le afecta personalmente. Hacer ciertas cosas en el culto y en su forma de vida.

Estos mensajes a menudo necesitan cierta diferencia en los métodos de enseñanza y en los materiales.

Saber que las imágenes ayudan a dar información y hechos.

Sentir para cambiar sus creencias y actitudes Ud. necesita participación, por ejemplo.

Hacer dramatización, oportunidad para la práctica individual.

- b. El propósito
- c. La gente
- d. La ocasión
- e. Recursos disponibles: seleccionar instrumentos que sean útiles para uso múltiple. Tanto como sea posible, escoger material barato, el cual pueda hacerse y obtenerse fácilmente. Incentive a otros a ver que una buena ayuda visual es posible, que no requieren una unidad filmadora móvil o un circuito cerrado de televisión. Use lo que el país requiera y pueda continuar utilizando.
- f. Destrezas disponibles. Cuando piense en los instrumentos y métodos para su propio uso, asegúrese de escoger los que pueda usar con habilidad. El material visual que se usa equivocadamente es un desperdicio en lugar de ser una ayuda. Cuando planea para otros, déles todas las oportunidades para ampliar su experiencia con diferentes métodos e ideas. Incentívelos para desarrollar sus habilidades de presentación. Una buena regla general es comenzar en dónde están las personas y planificar primero usar y extender las formas de comunicación que sean familiares a ellos.

Seleccione las herramientas y los instrumentos que hagan que el tema sea comunicado más fácilmente y se haga más interesante y más económico en tiempo, dinero y espacio.

CON QUE EFECTO

- a. Efecto a corto plazo. Conforme Ud. vaya presentando su mensaje recuerde anotar el efecto en los individuos de su audiencia. Sus reacciones, expresiones, acciones y palabras le dicen si están interesados o aburridos, claros o confusos. Busque para incentivar, alguna forma de respuesta inmediata. Trate de asesorarse por un observador que pueda anotar las reacciones espontáneas de la audiencia y que después pueda Ud. obtener sus opiniones. El también puede darle su propia evaluación objetiva del efecto del mensaje.

Usted necesita saber, ya sea a través de las averiguaciones del observador o de las propias, hasta qué punto su mensaje ha sido distorsionado. Debe descubrir las razones y estar listo para cambiar su enfoque, lenguaje y métodos y material de aprendizaje.

- b. Efectos a largo plazo. El efecto de su comunicación es juzgado por lo que las personas hacen cuando pueden actuar libremente. Cuando Ud. está presentando su mensaje, la audiencia puede demostrar entusiasmo y estar lista para discutir el tema. Ellos pueden aprender y comprender ciertos hechos, pero a menos que consideren que estas ideas son importantes para sus propias vidas, no van a actuar. El valor a largo plazo de sus enseñanzas deberá encontrarse en las acciones de las personas.

Ud. no puede explorar totalmente el tema de la comunicación en únicamente 7 u 8 páginas. Hay muchos otros aspectos que deben considerarse y discutirse. No se puede hablar solamente de enviar y recibir. Es más complicado que eso. Conforme las personas platican, de todas formas, ambos están enviando y recibiendo mensajes constantemente. Su comunicación está afectada por las relaciones y por las situaciones de ellos. Los obstáculos y las barreras existen en todas partes y las oportunidades de una comunicación completamente exitosa son algo limitadas. De cualquier manera, puede Ud. reconocer a qué nivel se logró la comunicación? Cuándo fue escuchado y visto su mensaje? Cuándo ha sido comprendido? Cuándo ha sido su mensaje aceptado o rechazado?.

Communication and Community

WHY DO COMMUNITIES fail to cooperate with primary health care and child survival programs? Despite vigorous attempts at health education, why do people continue to ignore the advice given to them by health professionals? One would think that in the case of serious diseases such as leprosy and tuberculosis, at least, patients would follow recommendations and take their drugs as prescribed. But even in such cases, it is commonplace for as little as 40 per cent of target-patients to take their medicines regularly. It is not surprising therefore that communities fail to respond to education concerned with nutrition, family planning, immunizations or oral rehydration.

It is a sad fact that most of the diseases that affect children particularly are most common in communities where knowledge about them is most lacking. *Transmission of knowledge that would help people to understand and fight disease, is difficult, to say the least.* Even when knowledge is effectively communicated, there can be no guarantee that it will influence or change community behavior. There are many obstacles to the transmission of information — not the least among them being illiteracy.

In the case of communities where illiteracy is the general rule, it is tempting to rely on visual aids for the transmission of messages. Studies have demonstrated, however, that many illiterate people lack the special kinds of perception that would enable them to interpret visual aids "correctly". We health professionals persist in thinking that the best way to train or educate persons from the community is through the same "scientific" methods by which we ourselves were taught. The truth is that we cannot apply the same concepts in training village health workers or in educating members of a community as were used in our own training or education. We have to be creative and find a means of communication that will overcome a community's reluctance to accept any kind of change.

However vital such communication is, it must be linked to goals that are realistic and feasible in the community. The most creative form of communication would be futile if it were to be directed towards encouraging mothers to boil water in a community where any type of fuel was either difficult to obtain or very costly. On the other hand, to introduce a new form of health "technology" (such as a pit latrine) into a community, without serious efforts at education in its care and upkeep, would be equally futile and might create a greater health hazard than had existed before.

To change behavior, one must change belief. People in communities throughout the world simply do not believe

It is through the idealism of youth that man catches sight of the truth and in that idealism he possesses a wealth which he must never exchange for anything else."

Albert Schweitzer

our explanations of how diseases are caused or how they should be treated. To ask them to believe in microbes seems as irrational to them as for a Western-trained doctor to believe that disease is the result of breaking taboos. Health education therefore must attempt to link traditional beliefs to the objectives we wish to see attained. This calls for considerable ingenuity and creativity, as well as for a good understanding of local belief systems.

Health professionals must, once and for all, cease to regard their mission as one devoted to correcting erroneous beliefs and replacing them with ideas that are scientifically valid. They must leave people's beliefs as they are and harness them to the cause of primary health care. It should no longer concern health professionals what people believe, as long as people's behavior tends to promote better health in the community. Someone once said, "Better alive wrong than dead right."

A simple recipe for effective communication does not exist, unfortunately. There is no one "right" way to communicate. In some communities, history is still passed down by word-of-mouth from one generation to another. Obviously, in such a community, health education delivered verbally would be more effective than if visual or written materials were used. Simple tape-recorders could be used by enterprising health educators, to supplement their efforts.

But who are these health educators? Perhaps the one with best potential for effectiveness is the village health worker who belongs to the community, but "belongs" also to the modern scientific world in which he or she received health training. Such workers can be of invaluable help in the promotion of primary health care, on condition, of course, that the messages they communicate are accurate from the point of view of health professionals, yet accord with local beliefs. Remember, however, that it is much easier to teach a village health worker a simple manual skill than it is to teach the difficult art of communication.

Far from facilitating your task, this article has certainly presented you with yet another challenge. Find effective ways of communicating with the community, we must. Without effective communication our best-planned projects will almost certainly never meet their mark.

MEDEX Group Courses

IN HONOLULU, HAWAII

July 5-31, 1987

Management Training for Medical Officers

August 30 - September 25, 1987

Supervision in Primary Health Care and
Child Survival Programs

November 1-27, 1987

Curriculum Development

January 31 - February 26, 1988

Design and Implementation of Child
Survival Programs in the Community

May 1-27, 1988

Design and Implementation of Child Survival
Programs in the Community (in French)

COMO DISEÑAR EL MENSAJE NUTRICIONAL PERFECTO

por

Richard K. Manoff

El diseñar un mensaje nutricional es como jugar con una muñeca Matrushka. Para aquellas personas que no están familiarizadas con este juguete ruso, antiguo, la muñeca Matrushka se conforma de varias muñecas vacías de madera, insertadas una adentro de la otra. Uno simplemente levanta la primera, y presto, ahí aparece otra mujer rolliza campesina, de mejillas sonrosadas y sonriente, en su atuendo de colores encendidos de su vestidura tradicional, un tanto más pequeña. Se levanta ésta y adentro está otra, y después otra,

Entre más trabajo en educación nutricional, más me doy cuenta de que cada problema aparentemente sencillo de resolver, cuando se sondea, resulta ser como la muñeca Matrushka --una cadena de problemas.

Por ejemplo, ¿cómo es posible diseñar un mensaje para las madres sobre la alimentación natural sin antes descubrir que ella representa a más de una mujer? Ella trabaja en casa. Ella es una trabajadora asalariada. Ella es rica. Ella es pobre. Y para cada una existen inquietudes específicas que enfrentar y barreras psicológicas que disminuir antes de poder ayudársele a amamantar.

Richard K. Manoff, Presidente de Manoff International Inc., ha sido un líder en la aplicación de técnicas y estrategias en programas enfocados a la solución de problemas sociales tales como la desnutrición y la planificación familiar. Es autor del libro, Social Marketing: A New Imperative for Public Health (Praeger 1984), de donde fue adaptado este artículo.

Traducción libre del artículo "How to design the perfect nutrition message", por R.K. Manoff. Using Communication to Solve Nutrition Problems Compendio. An International Nutrition Communication Service (INCS) Washington, junio 1986

De nuevo, investigué a fondo la nutrición Matrushka. Como verá, hay más de una cadena de madres. Los médicos que se oponen a la lactancia. Los hospitales que separan a las madres de sus recién nacidos. Las compañías fabricantes de leche en polvo que la enamoran con sus fórmulas embotelladas. Los legisladores que son indiferentes ante la creación de leyes necesarias. Los negociantes que violan las leyes a su paso. Y los oficiales que no prestan atención a dichas violaciones.

Como podrá ver, nuestra audiencia objetivo es una Matrushka. Tomas una audiencia en la mano y descubres otra. Y para cada audiencia objetivo, debe prepararse un mensaje.

Empero, hasta el mensaje es una Matrushka. Por ejemplo, el mejoramiento de la nutrición infantil significa lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses de edad; después de los cuatro meses, se introducen los alimentos de destete apropiados además de la lactancia materna; a los ocho o nueve meses, se efectúa la transición a "los alimentos familiares", etc. Cada etapa exige un mensaje especial para la madre. Y eso no es todo. ¿Qué pasa con el manejo de la diarrea en cada edad? ¿Y la importancia de pesar al niño? Más mensajes. ¿Y qué hay de la madre? El mejoramiento de la nutrición de su hijo exige una mejor dieta para ella. Y ¿qué sucede con la madre embarazada? Nuevamente, más mensajes.

¿Cómo puede el diseñador del mensaje manejar todo esto? La respuesta es, él/ella lo hace con calma y deliberadamente de conformidad con los principios elaborados por la experiencia.

Primero, está el principio de la prioridad. En cualquier momento dado una audiencia y su problema toman precedencia. Al resto también puede colocarse en orden de importancia. A los mensajes se les puede tratar de la misma manera. Unos se necesitan más urgentemente que otros. Repentinamente, la tarea toma un orden. El caos se apasigua. Ahora, ya sabemos por dónde debemos empezar.

En segundo lugar, está el principio de suma - cero conocimientos. No acepte nada por creencia. Empiece con una conjetura de ignorancia total. Rete la validez de toda opinión, de toda conclusión. Al principio podrán volverse las cosas más lentas y podrá ofenderse la vanidad de algunas autoridades, pero avanzará la causa con mayor rapidez y con mayor seguridad una vez se inicie.

La Figura 1 presenta el proceso para desarrollar la campaña. Aún cuando las tareas involucradas sean generalmente la responsabilidad de otros, el diseñador del mensaje debe estar familiarizado con ellas. Estas son las fuentes de todo el material de donde se elaborarán los mensajes.

El mensaje es la esperanza del programa. Un mensaje mal elaborado conducirá al fracaso anticipadamente. Una vez se ha llegado a un acuerdo con respecto a las estrategias de las comunicaciones, se hayan descrito las audiencias objetivo, se hayan fijado los objetivos, y se hayan identificado los mensajes necesarios, la tarea del diseño del mensaje se beneficiará manteniéndose de acuerdo con la estrategia de las disciplinas probadas.

FIGURA 1
PROCESO PARA EL DESARROLLO DE COMUNICACIONES NUTRICIONALES

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIONES			IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS		EVALUACION DE LA ESTRATEGIA	
<u>Empezando con:</u>	<u>Investigación Básica</u>		<u>Seguida por la Producción de material de prueba</u>	<u>Ensayo de los mensajes y de los materiales con:</u>	<u>Utilización/Implementación</u>	<u>Evaluación Formativa</u>
Objetivos generales	El problema en sí	Objetivos específicos para grupos objetivo específicos; audiencia segmentada, mejor comprensión del grupo objetivo	Mensajes para diferentes materiales y medios	"Expertos"	Sitio de la diseminación	Retroalimentación de resultados a los administradores del proyecto
Grupos objetivo generales	Grupos objetivo			Elaboradores de las políticas	Frecuencia de la diseminación	
	Sistemas de comunicación	Sistemas de entrega de información para cada objetivo de cada grupo objetivo		Audiencias objetivo	Capacitación de agentes locales	Difusión de las fuerzas y debilidades a los elaboradores de políticas
	Sistemas complementarios	Integración con clínicas de salud, farmacias, servicios públicos y privados			Coordinación con otros programas de implementación de educación y comunicación	Evalúe costos
		Centros de distribución de mercancía			Coordinación con servicios	
Conducir: Estudios participativos → Revisión de: Estudios existentes Incluir: Retroalimentación de programas en desarrollo Preparar: Un modelo que describa la relación y suposiciones sobre los cuales se basará el proyecto			Producción propia y por contratos	Grupos locales Entrevistas individuales Comparación de materiales y mensajes con otros en forma aislada Propósito: Probar comprensión, relevancia cultural, practicabilidad, estímulo emocional e importancia	Sistemas de Control: • Observación por parte de los supervisores • Informe por parte de la comunidad • Informes periódicos por parte de los trabajadores de campo • Encuesta de cambios en los conocimientos y prácticas • Contratar monitores del medio	

Disciplinas de la Estrategia para el Diseño del Mensaje

La estrategia para el diseño del mensaje se guía por disciplinas de Contenido, Diseño, Persuasión, y Factores de Retentiva. Cada uno de ellos juega una parte importante en el impacto total del mensaje. No todos los mensajes harán el mismo uso o algún uso de estos factores, pero deberán considerarse seriamente cada vez. De esta manera le servirán al diseñador como lista de verificación a manera que habrá poca posibilidad de pasar por alto la contribución decisiva que algún factor pueda hacer.

Factores de Contenido: (1) El Problema; (2) Audiencia Objetivo; (3) Puntos de Resistencia; (4) Solución; (5) Acción Requerida y (6) Fuente Autorizadora.

El Problema debe tratarse a manera que todos lo comprendan claramente. No basta con identificar al problema como "la decadencia de la lactancia materna". Ese es el problema general del programa. Pero, para un mensaje individual dirigido a la madre que trabaja fuera del hogar, por ejemplo, el problema específico es cómo organizar un régimen de lactancia que encaje con su trabajo.

Por lo tanto, un factor significativo es la identificación enfocada hacia la Audiencia Objetivo. Ya hemos dicho que las madres son un grupo segmentado. Un mensaje diseñado para crear la confianza materna debe de alguna manera invocarle a ella su presencia a fin de crear un ambiente empático para llamar su atención. Corrientemente, se le

debe acribillar con sus propias dudas y otros Puntos de Resistencia.

Estos tuvieron que haber sido identificados por la investigación. Estos puntos deben ser combatidos y neutralizados con el fin de que ella quede en libertad de responder al mensaje.

El objetivo es que ella sea receptiva a la Solución. La solución depende de la ejecución de las Acciones Requeridas. Supuestamente éstas fueron anteriormente "probadas por concepto" con una muestra del grupo objetivo, y con 1. firme determinación de que las acciones son razonables, prácticas, y aceptables.

El mensaje puede beneficiarse de una Fuente Autorizadora para darle crédito a sus aseveraciones. Esto puede encontrarse en las palabras de un médico o de otro miembro respetado de la comunidad --el trabajador de salud de la comunidad, la comadrona, la trabajadora social, etc.

Factores para el Diseño: (1) La Idea Unica; (2) Relevancia Cultural y de Lenguaje; (3) Identificación de la Situación y Carácter; (4) Estilo Distintivo del Mensaje y (5) Indice Bajo de "Fatiga".

Cada mensaje --una cuña radial, un afiche, una película, un libro, etc.-- es más efectivo cuando se limita a Una Idea Unica dirigida a un problema especial de una audiencia objetivo específica. Es más probable que tales mensajes sean absorbidos, puedan concentrarse en ellos, y causen reacción. Además, un mensaje que transmita Una Idea Unica le facilita al diseñador a decir más en menos tiempo e incluirle otros elementos para aumentar su efectividad. El lanzar muchas ideas al azar,

causa un aglomeramiento en donde ninguna idea única puede ser apoyada con vigor. Aun las ideas de los libretos deben ser seleccionadas y desarrolladas individualmente, tanto para una referencia más fácil como para que causen mayor impacto.

Relevancia Cultural y de Lenguaje es la regla que guía la presentación. El estilo y la expresión que se utilizan deben ser adecuados. El diseñador está conciente que su propósito es apoyar el cambio. Sin embargo, la propuesta debe presentarse dentro de un contexto culturalmente conocido por la audiencia. Si hay personalidades involucradas, la Identificación de la Situación y Carácter deben establecerse cuidadosamente. No se recomienda el uso de imitaciones textuales de objetivos tipo. Las personas se prestan más a identificarse con sus aspiraciones que con sus realidades. Una personalidad deportiva bien conocida o una mujer famosa puede a menudo ofrecer un valor más potente de identificación para las audiencias objetivo que ejemplos de personas como ellos mismos. Las pruebas de alternativas pueden ayudar al diseñador a decidirse.

Puesto que es muy probable que la campaña utilice más de un mensaje y diversos medios, se beneficiará de un Estilo Distintivo de Mensaje. Los sonidos, la apariencia, la actitud, y el lenguaje clave deben ser consistentes de mensaje a mensaje y de medio a medio. Dicho trato tiene un efecto acumulativo en la formación de conciencia del público. La música es un instrumento útil siempre que apoye, más que que domine el mensaje.

Los mensajes acumulan impacto con las repeticiones siempre que se mantenga su consistencia. Ningún mensaje es eterno. Eventualmente se

gasta, pierde su efecto, y debe reemplazarse. Algunas veces lo reemplazamos prematuramente. Las personas que están más cerca de la campaña a menudo son las primeras en aburrirse. El diseñador del mensaje debe detener el asalto. El arma más segura es un mensaje con un Índice de "Fatiga" Bajo --uno que permanezca interesante y cautivante al mismo tiempo que sea instructivo y persuasivo durante el mayor tiempo posible. Se requiere de los instintos creativos más sofisticados del diseñador.

Factores de Persuasión:- (1) Motivos; (2) Empatía; (3) Despertar el Interés; (4) Capacidad de Acción; (5) Credulidad; (6) Creatividad; y (7) Beneficios.

Un mensaje tiene la obligación de ofrecer el Motivo de su propuesta y el por qué se desea. Este "motivo por qué" puede ayudar a dispersar la duda antes de que surja, y resguardar al resto del mensaje.

Debido a que la emoción siempre afecta la decisión, la empatía con la audiencia es esencial. La audiencia debe percibir una seguridad emocional de que a alguien le importa y le interesa su problema. Casi nunca se acepta el consejo que viene de una fuente no simpatizante o indiferente.

Pero a ella también se le debe hacer sentir interés en su problema. De lo contrario, ¿por qué se debe preocupar? El Despertar del Interés, pero sin culpabilidad ni temor paralizador es una equidad favorable del mensaje. Es el incentivo para prestar atención.

La Capacidad de Acción es la compatibilidad entre lo que el mensaje le pide a la madre y lo que ella es capaz de realizar a pesar de las limitaciones de ingresos, tiempo, transporte, disponibilidad de alimentos, abastecimiento de agua, combustible, etc. Aun el conflicto más pequeño entre los dos puede perjudicar desastrosamente la efectividad del mensaje.

La Credulidad de la aseveración del problema, de la solución, del ambiente del mensaje, de los beneficios prometidos --deben encajar dentro de los sistemas de creencia de la audiencia. Estos varían entre las audiencias. Los mensajes deben caber dentro de los límites permisibles de la audiencia. La tentación de ir más allá --a "sobrevender"-- puede ser agobiante. Los resultados son casi siempre dañinos; la audiencia se desilusiona y se pierde el esfuerzo.

Pero la promesa de los Beneficios que se obtendrán del nuevo comportamiento es algo que la audiencia espera escuchar. De lo contrario, existe poco incentivo. Pero los beneficios deben ser realistas, no exagerados, ni ofrecidos con indiferencia.

Factores de Retentiva: (1) Refuerzo de la idea; (2) Reducción al mínimo de la distracción, y (3) Reprise (repetición).

Para "sentar" la nueva idea y persuadir su adopción se necesita el Refuerzo de la Idea. El objetivo es lograr una concientización máxima en la creencia bien cimentada, que hará una diferencia cualitativa en actitud

y comportamiento. Las referencias repetidas de frases clave maximiza el interés. El tema de la música puede ser un instrumento de refuerzo muy potente , pero rara vez las rimas lo son , a pesar de su popularidad. Puede ser que se recuerden, pero la mayoría de las veces por un motivo equivocado y no por el contenido serio que deseamos transmitir.

El evitar amontonamientos significa Minimizar las Distracciones como por ejemplo presentar más detalles de lo que la audiencia necesita saber. "¿Qué sucederá si ellos no saben esto?" Esta es una buena prueba para la información. Cada elemento debe ser esencial al mensaje. Si no lo es, omítalo. No se debe jugar con el tiempo ni con la atención de la audiencia.

El Reprise es la repetición de los elementos clave. Casi siempre intensifica su importancia. Nunca la puede disminuir.

El diseño de mensajes no es una obligación casual. Si los hechos tuvieran la suficiente potencia "para hablar por sí mismos", el diseño sería innecesario. Pero para utilizar hechos, para persuadir, para instigar a alguien a la acción significa que se le tiene que "comunicar" con la ayuda de expertos en la sabiduría especial de diseño de mensajes. Tales personas, compenetradas de su oficio, están dotados de un regalo de los dioses.

Cuando tenga la oportunidad de ser una de estas personas, no vacile. No pierda el tiempo. Aprovéchalo. El regalo no debe derrocharse.



Population Reports

Serie J

Número 21

Enero de 1981

(Publicado en inglés, enero 1980)

PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Population Information Program, The Johns Hopkins University, Hampton House, 624 North Broadway, Baltimore, Maryland 21205 USA

¿Funciona el Mercadeo Social?

Resumen. Los proyectos de mercadeo social son un híbrido, por constituir programas de acción social con orientación en salud injertados en los sistemas de mercadeo y de distribución comercial. Su objetivo es cultivar un mercado masivo para los anticonceptivos vendidos a los precios más bajos posibles. Básicamente, los proyectos de mercadeo social en la planificación familiar

- promueven, distribuyen y venden un producto anticonceptivo,
- a los consumidores,
- a través de un puesto de venta ya existente,
- a un precio subvencionado relativamente bajo,
- para lograr un objetivo social reconocido: extender el empleo de los anticonceptivos

¿Realmente funciona esta combinación tan poco usual? ¿Pueden las agencias gubernamentales, las organizaciones voluntarias privadas y las firmas comerciales colaborar con efectividad en estos esfuerzos? ¿Cómo complementan estos proyectos los programas de planificación familiar y los programas nacionales de salud?

La experiencia, fruto de más de 30 proyectos de mercadeo social en 27 países sugiere que esta combinación puede funcionar. Por lo menos media docena de proyectos con tres años de experiencia o más, han mejorado la disponibilidad de anticonceptivos, han aumentado las ventas de los mismos, han difundido el conocimiento sobre ellos, han estimulado una utilización más amplia de los métodos en promoción y han proporcionado una medida substancial de protección contra el embarazo no deseado, a un costo inferior al de la mayoría de los demás programas (ver Cuadro 1, p. J-3)

En India y Sri Lanka, donde están en marcha los programas más antiguos, el aumento de las ventas es digno de mención. Las ventas de condones en India aumentaron de menos de 25 millones a finales de la década del sesenta a más de 160 millones en el año fiscal 1978-79, de los cuales 118 millones correspondiente al *Nirodh*, el producto del mercadeo social, en Sri Lanka las ventas de condones han aumentado de cerca de 500 000 en 1972 a 6 millones en 1978. En Bangladesh, Colombia, Tailandia y Jamaica también se han presentado grandes aumentos en las ventas de condones y de anticonceptivos orales desde la iniciación de los proyectos en 1973-1975. Se empezaron nuevos proyectos en 1978 en Nepal y El Salvador y en 1979 en Egipto, Ghana y México. En los últimos tres países se venden espermaticidas junto con los condones y/o los anticonceptivos orales.

En Jamaica, los condones y anticonceptivos orales del mercadeo social proporcionan en la actualidad el equivalente a un año de protección contra el embarazo a más del 7% de todas las parejas en años recondos. En Colombia, Sri Lanka y en sectores de Tailandia, 4 a 5% de las parejas están protegidas, en Bangladesh y en India, 1 a 3%. La mayoría de estos programas, que se iniciaron a principios o mediados de la década del setenta, todavía están incrementando las ventas en una proporción del 10 al 30 por ciento anual, y como son los primeros en anunciar los productos anticonceptivos en estos países, también están estimulando la distribución por parte de otras fuentes, especialmente las asociaciones de planificación familiar y los gobiernos.

El costo neto de estos seis programas, en marcha, es ahora menos de US\$5 por año-pareja de protección. Los costos eran todos mucho más altos inicialmente pero han descendido a medida que han aumentado las ventas. Los anticonceptivos son responsables por lo menos de la mitad del costo pero por lo general son donados a los proyectos. Los demás costos dependen en parte de los objetivos del proyecto. Los programas del Sector Privado Tailandés y de Colombia, que fueron iniciados y han sido administrados como parte de programas más amplios de planificación familiar basados en la comunidad, por líderes locales activos, están diseñados para producir ingresos. Los costos se mantienen bajos y sin embargo, estos proyectos proporcionan anticonceptivos a sectores importantes de la población. En Jamaica, Sri Lanka y Bangladesh la extensa publicidad, necesaria para lograr la amplia cobertura que se busca, es quizás la responsable de los costos ligeramente más altos.

CONTENIDO

Antecedentes	J-3
El Mercadeo Social en la Actualidad	J-5
Administración y Manejo	J-6
Producto	J-9
Población	J-13
Empaques	J-14
Precio	J-15
Puntos de Compra	J-18
Distribución	J-21
Promoción	J-24
Evaluación	J-29
Bibliografía	J-44

Esta edición de Population Reports fue preparada por Diana L. Altman, M S P H y Phyllis T. Piotrow, Ph D, con base en materiales publicados e inéditos, correspondencia y entrevistas. Joseph H. Maier proporcionó la asistencia de investigación y Anne Knight, la editorial. Se agradecen los comentarios y el material adicional.

Se agradece la ayuda de los siguientes revisores: Kwan-Hwa M. Chen, Robert Ciszewski, Arthur Danart, Luis de la Macorra, Malcolm Donald, Henry Elkins, John Farley, Duff G. Gillespie, Martin Gorosh, Philip Harvey, John Hayes, John F. Kantner, Shahla Kaussari, Richard Mahoney, Gary Merritt, James Messick, Richard Osborn, Harald Pederesen, D. Malcolm Potts, William P. Schellstede, Timothy Seims, J. Joseph Speidel, William Sweeney, John Thomas, y Manuel Ylanan. Algunos revisores leyeron partes del manuscrito, otros lo leyeron completo.

Population Reports es una publicación bimestral del Programa de Información sobre Población de la Universidad de Johns Hopkins, 624 North Broadway, Baltimore, Maryland 21205 E E U U, con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Franqueo de segunda clase pagado en Baltimore, Maryland, y oficinas adicionales (USPS 063-150).

El propósito de Population Reports es dar un panorama preciso y autorizado de los acontecimientos importantes que ocurren en ese campo. No representan declaraciones oficiales de política de la Universidad de Johns Hopkins ni de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Directora, Phyllis T. Piotrow, Ph D, Director Adjunto, Walter W. Stender, Editor, Ward Rinehart. Supervisó la edición en español: Joseph H. Maier. Traducido al español y revisado por la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP), Bogotá, Colombia.

Population Reports Serie J. Programas de Planificación Familiar ISSN 0091-925X

Population Reports is published bimonthly at 624 North Broadway, Baltimore, Maryland 21205 by the Population Information Program of The Johns Hopkins University. Second class postage paid at Baltimore, Maryland, and additional offices (USPS 063-150).

Elementos Claves del Programa

En los programas de mercadeo social hay que considerar ocho puntos básicos:

- (1) establecer procedimientos de administración y de operación
- (2) seleccionar los productos que se van a vender
- (3) identificar la población consumidora
- (4) decidir sobre nombres de marca y empaques
- (5) fijar un precio adecuado
- (6) promover puestos de venta
- (7) organizar y mantener un sistema de distribución y
- (8) llevar a cabo la promoción.

Aunque cada uno de estos elementos claves del programa puede variar en diferentes países o cambiar con el tiempo, todos son importantes para asegurar los mejores resultados posibles.

La administración de los proyectos de mercadeo social varía desde la administración por las entidades gubernamentales o semioficiales pasando por asociaciones nativas de planificación familiar hasta intermediarios privados con experiencia en mercadeo. Como directa o indirectamente todos los proyectos

reciben algunos suministros o apoyo de los gobiernos, en ellos se debe equilibrar la flexibilidad del negocio frente a la cautela gubernamental. Para lograr una administración exitosa de los proyectos de mercadeo social se requiere (1) recursos adecuados, (2) fuerte apoyo por parte del gobierno o de los líderes nativos, (3) habilidades profesionales de mercadeo y (4) una autoridad bien definida para tomar las decisiones de mercadeo necesarias y ejecutarlas en forma oportuna.

Los productos para el mercadeo social son condones en todos los proyectos excepto en uno, anticonceptivos orales y condones en aproximadamente la mitad y espermaticidas que se venden actualmente o se venderán próximamente en casi una tercera parte de los proyectos. Una selección de métodos y productos atrae más compradores, pero los proyectos de mercadeo social necesitan ponderar los costos, la calidad, la popularidad y la disponibilidad de varios productos para cada país.

La población consumidora, se debe definir en forma específica y realista en términos de sexo, edad, residencia, ingreso y nivel de alfabetismo. Idealmente, los programas de mercadeo social deben tratar de llegar hasta las personas que no están utilizando otros servicios de planificación familiar, ni están comprando productos comerciales, pero que sí tienen suficiente dinero para comprar anticonceptivos baratos. La investigación del mercadeo es necesaria para descubrir cuáles son los hábitos y las preferencias del comprador y para asegurarse de que los productos, los empaques y la promoción utilizados satisfacen los deseos y estimulan la respuesta de los clientes potenciales.

El empaque no sólo protege el producto sino que también lleva el nombre de la marca y crea una imagen distintiva. Como el empaque atractivo es costoso, los proyectos pueden tratar de economizar, práctica esta que resultará contraproducente si dificulta las ventas.

El precio de los anticonceptivos que se venden por mercadeo social fluctúa desde cerca de una vigésima parte del precio comercial en Bangladesh, es decir menos de un centavo (US\$) por condón y aproximadamente \$0,05 por un ciclo de anticonceptivos orales, hasta una tercera parte o la mitad del precio comercial en varios programas en América Latina. El nivel del precio depende de (1) si se espera o para cuándo se espera que el programa alcance la autosuficiencia, (2) qué precio está dispuesta a pagar la masa de consumidores y (3) qué precio límite es necesario para satisfacer a los distribuidores y a los minoristas. Mientras que unos precios demasiado altos desestimularán las compras, los demasiado bajos pueden convencer a algunas personas de que el producto es de inferior calidad o que no vale la pena venderlo.

Los puestos en los puntos de compra para el mercadeo social, cubren desde farmacias hasta almacenes de víveres, bazares, buhoneros callejeros y máquinas vendedoras (aunque en la mayoría de los países la venta de anticonceptivos orales está limitada a las farmacias). Mientras más puestos tengan anticonceptivos, más conveniente será para los usuarios, pero asegurando sobre todo suministros periódicos, información cuidadosa y apropiada, extenso material promocional de exhibición y un nivel razonable de ventas en cada puesto como un desafío constante.

Para el mercadeo social es importante un buen sistema de distribución. Los distribuidores comerciales pueden ser más efectivos que los oficiales y desempeñar muchas funciones útiles. Sin embargo, se necesitarían esfuerzos especiales para persuadir a los distribuidores comerciales de múltiples produc-

tos para que acepten unos artículos tan nuevos, controvertidos y de baja ganancia como son los anticonceptivos. La influencia del gobierno, los incentivos especiales o aun la creación de una fuerza de ventas adicional, interna, como en Bangladesh, pueden ser útiles, al menos inicialmente, para organizar un sistema de distribución efectivo.

La promoción es un elemento clave en todo el mercadeo, pero en el caso de los anticonceptivos también es objeto de controversia. La demanda por parte del consumidor responde a la promoción y a la publicidad del producto, pero la mayoría de los gobiernos han vacilado para permitir una promoción pública a gran escala de los condones y de los anticonceptivos orales, en una forma comparable a la publicidad que se hace a otros productos de consumo. En la actualidad solo dos países, Sri Lanka y Bangladesh, permiten una publicidad completa de los anticonceptivos, la mayoría de los demás países limitan en algún grado los medios masivos de publicidad. En donde se ha superado la renuencia inicial, la oposición pública ha sido mínima y se han ampliado tanto las ventas del mercadeo social como la distribución de los anticonceptivos a través de otros canales.

Los programas de mercadeo social ofrecen muchas ventajas al proporcionar anticonceptivos en una forma conveniente y eficaz. Sin embargo, sería un error suponer que el mercadeo social es barato, fácil y discreto. Varios proyectos han fracasado debido a la falta de fondos adecuados, o del apoyo fuerte de los nativos o de respaldo del gobierno para afrontar las críticas públicas. Muchos otros proyectos no han logrado los mejores resultados posibles debido a una administración deficiente, a la falta de una autoridad definida en la toma de decisiones o la renuencia burocrática para respaldar campañas

publicitarias vigorosas. Más de una docena de proyectos están en práctica en la actualidad y por lo menos la mitad de ellos han alcanzado de 1 a 7 por ciento de la población fecunda. A medida que maduran los proyectos, su registro de éxitos aumenta. Las controversias que alguna vez parecieron insalvables se están resolviendo gradualmente. Aunque aún es demasiado pronto para estar seguro de que los proyectos de mercadeo social pueden obtener en la realidad los mercados masivos que buscan, sí está claro que son una adición útil y efectiva en relación con el costo para otros programas de planificación familiar.

Fin del Resumen

ANTECEDENTES

Los programas de mercadeo social son un intento para utilizar las técnicas y los recursos de la empresa comercial con el fin de alcanzar la meta social de hacer disponibles más extensamente los suministros, la información y los servicios de planificación familiar. El objetivo básico es proporcionar anticonceptivos en una forma eficaz, económica y conveniente a quien los usa.

En pocas palabras, el mercadeo social aplicado a la planificación familiar significa:

- promover, distribuir y vender un producto anticonceptivo
- al consumidor
- a través de un puesto de venta existente
- a un precio subvencionado relativamente bajo
- con el propósito de alcanzar un objetivo social reconocido

Cuadro 1. Años-Pareja de Protección, Porcentaje de Parejas Protegidas y Efectividad-Costo en Programas de Mercadeo Social en Seis Países

País y Población (en millones)	Nº de Ref.	Fecha Iniciación Ventas	Producto	Año	Ventas ^a	Protección Años-Parejas ^b	% de Parejas Protegidas ^c	% Total Parejas Protegidas	Costo por APP (en US\$)
Bangladesh 87.1	279	1975	Condón	1978-79	27 373 410	273 734	2,1	2,7	4,96 ^d
		1975	AO	1978-79	1 012 547	77 888	0,6		
Colombia 26.1	233	1973	Condón	1978	4 188 096	41 881	1,1	4,7	0,59 ^e
		1973	AO	1978	1 548 482	119 114	3,0		
		1976	Espermaticida	1978	2 493 134	24 931	0,6		
India 660.9	187	1969	Condón	1978-79	118 000 000	1 180 000	1,2	1,2	1,67
Jamaica 2.2	318	1975	Condón	1979	875 000	8 750	2,6	7,4	4,55
			AO	1979	240 000	15 692	4,8		
Sri Lanka 14.5	23	1973	Condón	1978	6 855 564	68 555	3,2	4,2	3,79
		1976	AO	1978	281 143	21 626	1,0		
Tailandia Programa Sector Privado 46.2	338	1974	Condón	1979	3 303 648	33 036	0,5	0,5	1,55
			AO	1979	11 639	895	0,0		
Programa Rural ^f 14	338	1974	Condón	1979	375 984	3 760	0,2	5,3	4,09
			AO	1979	1 386 787	106 676	5,1		

^a Condones — unidades. AO — ciclos, espermaticidas — aplicaciones. Incluye muestras gratis.
^b Basado en 100 condones, 100 aplicaciones espermaticidas o 13 AO ciclos/pareja/año.
^c Supone que el 15 por ciento de la población son mujeres fecundas sexualmente activas.
^d Costo administrativo (incluyendo empaque) por APP \$1.63, costo de anticon-

ceptivos por APP \$3.33. Incluye costos ingresos y APP de lanzamiento y dos meses de venta de tabletas espumosas.
^e Solo costos administrativos, los ingresos y costos de suministros están excluidos. Las ventas producen ingresos que exceden los costos (233).
^f El programa rural funciona en 156 distritos. Incluye una contribución menor del Programa Público Institucional que es rural y urbano.

Se han utilizado varios nombres diferentes para describir los enfoques que abarca el mercadeo social — la distribución comercial, el mercadeo de anticonceptivos, las ventas comerciales minoristas y la distribución comunitaria (que incluye también distribución de suministros, con frecuencia gratis, a través de fuentes vecinales). El término “mercadeo social” transmite la naturaleza esencial de estos programas que cumplen un propósito social mediante las técnicas de mercadeo.

El vocabulario de planificación familiar difiere del vocabulario de mercadeo pero los objetivos pueden ser bastante similares. Mientras que el trabajador de planificación familiar trata de motivar a los clientes para que acepten los métodos anticonceptivos y para mantener tasas altas de continuidad y de eficacia de uso, el vendedor social trata de atraer a los clientes para que compren productos anticonceptivos y de mantener fuerte la lealtad de marca del cliente y su satisfacción. No existe contraindicación entre ambos. De hecho, tal como lo señala Malcolm Potts, “La filosofía de que el cliente siempre tiene la razón es sólida, no solamente en los negocios sino también en la planificación familiar” (253).

Evolución del Mercadeo Social

Las ventas comerciales de los productos anticonceptivos no son nuevas, ya que se iniciaron en gran escala hace un siglo. Sin embargo, lejos de ganar aprobación, las ventas y la publicidad de los espermaticidas, las cremas y las duchas fueron denunciadas al principio por los líderes médicos y religiosos y en muchos lugares fueron prohibidas por ley (153, 226). No obstante, la distribución comercial de estos productos desempeñó un papel clave en la transición demográfica hacia las tasas de natalidad más bajas en los países desarrollados (178).

Cuando, a mediados del siglo XX, se hizo evidente la necesidad mundial de un control voluntario de la fecundidad, los nuevos métodos más eficaces y aceptables, como los anticonceptivos orales, los DIUs y la esterilización, parecían requerir un alto grado de supervisión médica. Por esta razón los programas de planificación familiar iniciados en la década del sesenta por los gobiernos de los países desarrollados y en desarrollo, hicieron hincapié en los servicios materno-infantiles basados en clínicas (39).

Sin embargo, pronto se hizo evidente que los servicios de salud por sí mismos no podían satisfacer la necesidad y que los enfoques comerciales y de salud pública se complementarían mutuamente. En los países en desarrollo, las instalaciones de salud están con frecuencia pobremente equipadas y congestionadas, además los médicos son escasos, en especial en las áreas rurales donde vive la mayoría de la población (26, 52, 104). Las mujeres que desean planificar sus familias no están necesariamente enfermas y por lo tanto no necesitan servicios clínicos con frecuencia (30, 309), aquellos que tienen con qué pagar la píldora o los condones en almacenes locales, prefieren hacerlo antes que sufrir la larga espera en las clínicas (22, 104, 128, 260).

A fines de los años sesenta, diversos estudios llamaron la atención sobre el papel del sector comercial (196, 197, 198, 303). Por ejemplo, un análisis de los esquemas del uso de anticonceptivos en seis países en desarrollo demostró que, aun en donde existían programas nacionales de planificación familiar, cerca del 40 por ciento de las personas que utilizaban anticonceptivos los compraba en fuentes comerciales (303). A principios de los años setenta, las encuestas efectuadas en 13 países en desarrollo demostraron que en todos ellos con excepción

de tres países, el sector comercial suministraba más de la mitad del total de los anticonceptivos (49, 50, 299).

Sin embargo, por un sinnúmero de razones el sector comercial estaba impedido o no deseaba tratar de ampliar más el mercado de anticonceptivos. En primer lugar, las reglamentaciones aduaneras, los altos impuestos, las regulaciones legales y los problemas monetarios impedían la importación y la venta de los anticonceptivos aun en países que tenían establecidas las políticas de población. En segundo lugar, la distribución de anticonceptivos se vio con frecuencia limitada por la ley, o al menos por la costumbre, a las farmacias, la mayoría de las cuales estaban localizadas en áreas urbanas. En tercer lugar, gran parte de las firmas productoras de drogas y de condones se concentraron en ventas limitadas a compradores pudientes, a precios relativamente altos que producían una ganancia satisfactoria. Por lo tanto no estaban dispuestas a tratar de organizar un mercado masivo para un producto más barato que pudiera producir solo un ligero margen de ganancia. Además, las firmas comerciales por lo general tampoco deseaban tratar de ampliar las ventas de anticonceptivos por medio de una promoción agresiva, por temor a que una reacción hostil pudiera perjudicar otras líneas de productos. Finalmente, tenían la competencia de los productos gratuitos o subvencionados, distribuidos por los programas de planificación familiar gubernamentales (34, 49, 57, 109, 174, 243, 244, 299, 303).

Las organizaciones de planificación familiar estuvieron entre las primeras que vendieron condones a precios subvencionados (5, 100, 208). Sus metas fueron distribuir los anticonceptivos en forma más amplia y ayudar a su autofinanciación (189). En Suecia, por ejemplo, la asociación de planificación familiar formó una unidad de mercadeo, RFSU, para vender condones, otros anticonceptivos sin prescripción y aun camisetas con propaganda para sus anticonceptivos, a través de “boutiques” especiales para la gente joven (26, 43, 253).

Interés Internacional

A finales de la década del sesenta y a principios de la del setenta, cierto número de particulares, organizaciones y gobiernos empezaron a considerar la distribución a gran escala de los anticonceptivos en los países en desarrollo, utilizando los canales y las técnicas comerciales pero apoyados por los subsidios gubernamentales y/o los suministros gratis (58, 75, 104, 106, 107, 108, 121, 122, 184, 203, 207, 291, 323, 326, 349, 350). El proyecto del condón *Nirodh*, diseñado y puesto en práctica con la asesoría de la Fundación Ford, fue lanzado por el gobierno hindú en 1969. Este fue el primer experimento nacional en mercadeo social (112, 115, 158, 174, 215). Diversas organizaciones privadas de Estados Unidos también entraron en este campo con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). En 1970, se establecieron los Servicios Internacionales de Población (Population Services International) (PSI) por un grupo de empresarios privados, para aplicar las técnicas de mercadeo a la distribución de los anticonceptivos. En 1972, PSI inició el proyecto de venta de condones en Kenia y en 1973, un proyecto de condones y posteriormente de anticonceptivos orales en Sri Lanka (53, 80, 81, 202, 247). El Centro de Población Westinghouse, hoy denominado Sistema de Salud Westinghouse (Westinghouse Health Systems), inició un proyecto similar en Jamaica en 1974 (342).

En 1971-1972, el Consejo de Población, (Population Council), la Fundación Ford, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), PSI, Westinghouse, el Fondo de las Na-

ciones Unidas para Actividades de Población (UNDP), la Organización para el Desarrollo Industrial de NU (UNIDO) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), revisaron las perspectivas de ampliación de la distribución comercial de los anticonceptivos, incluyendo la posibilidad de organizar una agencia internacional nueva para promover los proyectos de mercadeo social y comercial (123, 231, 316, 327, 329, 330). Sin embargo, en ese momento, los gobiernos, los organismos de Naciones Unidas y las organizaciones financieras mostraban renuencia a embarcarse en una empresa separada que requería una cantidad importante de fondos gubernamentales y relaciones de trabajo estrechas con firmas comerciales con fines de lucro. La IPPF sí estableció una unidad pequeña en sus oficinas de Londres para promover ciertos proyectos basados en la distribución comunitaria (125, 252, 341), pero no se materializó una operación nueva e importante con orientación comercial.

EL MERCADEO SOCIAL EN LA ACTUALIDAD

Para alcanzar la cobertura de toda su población, y muy especialmente de la población rural, muchos países en desarrollo se han visto en la necesidad de complementar los programas clínicos y de orientación hacia la salud trabajando con los líderes de la comunidad, las organizaciones femeninas, los almacenes de las aldeas y con una amplia gama de otras instituciones rurales. Aunque se están ampliando los servicios de salud y se están planeando mejoras en la atención primaria de la salud en las áreas rurales, muchos gobiernos han reconocido que las instituciones existentes y las redes de todo tipo, incluyendo los canales comerciales, pueden proporcionar información sobre planificación familiar y los suministros necesarios en forma rápida y conveniente a muchas personas, mientras que quienes sufran problemas de salud graves pueden ser referidos al personal médico capacitado.

Se han puesto en práctica más de 30 proyectos diferentes de mercadeo social en Asia, África, Medio Oriente, América Latina y el Caribe (ver Apéndice, p. J-37). Estos proyectos abarcan desde el programa nacional de condones *Nirodh* en India, que vendió cerca de 118 millones de condones en 1978-1979 (187), hasta la colaboración local entre las asociaciones de planificación familiar y los minoristas de la vecindad, que aumentan la distribución más allá de las clínicas pero que incluyen muy poca o ninguna promoción.

De estos proyectos, cerca de una docena pueden considerarse como grandes esfuerzos. Prácticamente todos ellos venden condones; alrededor de la mitad venden anticonceptivos orales y una tercera parte ya están vendiendo, o lo harán muy pronto, espermaticidas. Los proyectos más exitosos hasta la fecha, en términos de proporcionar años-pareja de protección a un sector apreciable de la población fértil, son Jamaica, Tailandia, Colombia, Sri Lanka, Bangladesh e India, en ese orden. Los de más éxito en términos de costo-efectividad parecen ser el de anticonceptivos orales en Colombia, el de ventas de condones en Tailandia y el Proyecto *Preethi-Mithuri* en Sri Lanka, todos los cuales han funcionado con una participación mínima por parte del donante o de las entidades gubernamentales, y el programa *Nirodh* en India, que es gubernamental, (ver Cuadro 1, p. J-3). El proyecto de Sri Lanka, uno de los más antiguos en funcionamiento, es un esfuerzo de mercadeo social puro, mientras que las organizaciones de Colombia y Tai-

landia no sólo venden anticonceptivos de mercado a través de puestos minoristas, sino que también los distribuyen a por medio de otros proyectos con la ayuda de diversos voluntarios locales, de organizaciones y de líderes comunitarios. Ambos proyectos generan ingresos mayores que los costos del mismo, lo que ayuda a financiar otros servicios (56, 324). (Ver "Evaluación," pp. J-29-36).

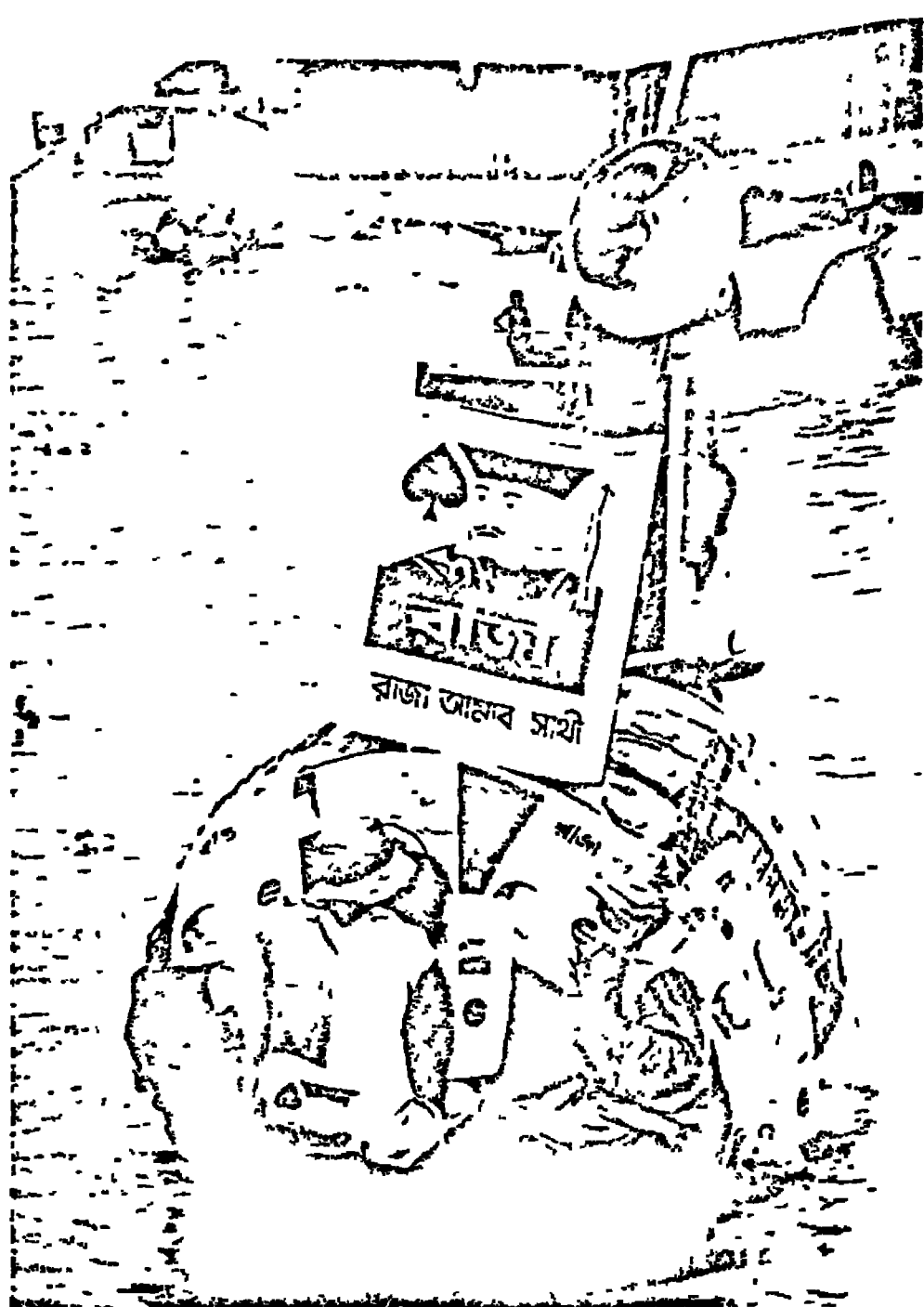
Se han dado por terminados o se han recortado seriamente varios proyectos de mercadeo social. Entre estos se pueden mencionar los proyectos gubernamentales de Filipinas, Ghana, Marruecos y Paquistán; los proyectos en Kenia y Túnez, diseñados y administrados por contratistas privados y financiados por donantes externos y unos proyectos más pequeños en Barbados, Colombia, Indonesia y Kenia. En algunos casos la administración de los proyectos no estableció o no mantuvo contactos lo suficientemente estrechos con los gobiernos o con los líderes de opinión. En otros casos, el plan de mercadeo estaba diseñado con poca eficiencia o no se lograron superar las restricciones financieras. En la mayoría de estos programas faltó apoyo gubernamental o popular local para afrontar la crítica de grupos influyentes o para generar el apoyo financiero necesario (31, 58, 119, 210, 269, 294). En algunos casos el exceso de énfasis en la conveniencia, sencillez y costo-efectividad del mercadeo social condujo a seguidores y a donantes a subestimar la inversión política y financiera necesaria para lanzar y mantener estos proyectos con éxito. Los antecedentes de los programas que fracasaron subrayan la importancia que tiene para los programas de mercadeo social la reconciliación de los métodos comerciales y las metas sociales así como la satisfacción de lo que tanto el sector comercial como el público espera de ellos.

Autosuficiencia

Un factor importante en el mercadeo social actualmente, tal como se analizó en la Conferencia Internacional sobre Ventas Minoristas Comerciales de Anticonceptivos, en Manila en noviembre de 1979, es la auto-suficiencia (336). ¿Deben los proyectos acentuar el objetivo comercial de satisfacer tanto como sea posible los costos del empaque, la distribución, la investigación, la promoción y los gastos generales, aun si los gobiernos y las agencias internacionales continúan donando los artículos? ¿O deben, tal como lo hacen los servicios de planificación familiar oficiales, tratar de lograr el objetivo social de alcanzar el mercado más amplio posible, incluyendo residentes rurales con poco ingreso difíciles de cubrir, aun si esto requiere fuertes subsidios?

Es variable la forma como los programas acomodan estos objetivos que con frecuencia están en conflicto. Los proyectos orientados hacia las áreas rurales o que funcionan en países con medios de comunicación deficientes y tasas de alfabetismo bajas, incurrirán en costos más altos y tomarán más tiempo para ser autosuficientes, que los proyectos en áreas urbanas dirigidos hacia consumidores alfabetos que viven en áreas con fácil acceso a almacenes y a los medios de comunicación. Algunos proyectos posiblemente nunca alcanzarán la autosuficiencia.

Para la mayoría de los proyectos de mercadeo social, la autosuficiencia no es una meta realista en el futuro inmediato y el objetivo social de cubrir a las personas que necesitan los servicios y los suministros debe tener prioridad sobre los objetivos comerciales (336). Los esfuerzos para reducir los costos disminuyendo la publicidad, la promoción o la investigación de mercados pueden ser contraproducentes, porque obstaculizan el intento de atraer más usuarios. Por otra parte, mientras más



Un bote cubierto por los anuncios de anticonceptivos de mercadeo social, que destaca especialmente el logotipo del condón *Raja*, flota en un río de Bangladesh, pregonando el mensaje de planificación familiar por el altavoz. La publicidad eficaz lleva el mensaje al consumidor, y en Bangladesh los ríos son las vías principales. (PSI)

auto-suficiente sea un programa, será más autónomo y más seguro contra posibles reducciones o cambios del financiamiento externo. Este aspecto continuará siendo sin duda alguna una fuente de preocupación a medida que los proyectos de mercadeo social ganan más experiencia y afrontan la evaluación externa.

Investigación de Mercadeo

El papel que desempeña la investigación de mercadeo es otra preocupación importante. Con las posibles excepciones de Kenia, Sri Lanka, Corea y México, la mayoría de los proyectos de mercadeo social han gastado mucho menos tiempo y dinero en la investigación de mercados, de lo que gastaría una firma comercial para el lanzamiento de un producto nuevo. La investigación de mercados puede fluctuar desde una investigación extensa, centralizada, con grupos pequeños de consumidores, al igual que la efectuada en México antes del lanzamiento de los diferentes productos *Profam*, hasta encuestas pequeñas controladas de minoristas en una zona geográfica limitada. Se puede utilizar para seleccionar nombres de marcas, diseños de empaques y precios, o para determinar si quienes venden los productos serán hombres o mujeres, cuántas personas se cubrirán por medio de la radio, cuáles son los materiales promocionales más atractivos, y otros aspectos similares (101, 102, 104, 291, 300, 307, 357).

Las pruebas-piloto regionales pueden ser valiosas para identificar la mejor entre varias estrategias de mercadeo y para detectar las fallas en la planificación antes de que se haga algún

compromiso substancial de fondos para el lanzamiento de un producto a nivel nacional. Las pruebas-piloto por lo general han sido ensayos breves de todo el sistema de mercadeo, como en Sri Lanka y Bangladesh, pero también pueden ser estudios prolongados, con un control cuidadoso, como en el proyecto actual de Filipinas (81, 239, 247, 353).

La investigación de mercadeo puede ser muy costosa, de varios miles de dólares, o puede ser relativamente barata, pero debe efectuarse no sólo antes de lanzar el producto sino durante la duración del proyecto, para ayudar a evaluar todos los aspectos, desde el precio hasta la promoción. El personal del proyecto en la reunión de Manila hizo un llamado para que los fondos se asignaran a este componente vital del mercadeo social (336). Sin embargo, gastar dinero en la investigación no garantiza buenos resultados, a menos que esta sea diseñada con cuidado para satisfacer necesidades de mercadeo, específicas, y se utilicen los resultados con habilidad. Las continuas encuestas a los pequeños consumidores y la revisión informal con los minoristas, a intervalos frecuentes, pueden resultar de mayor costo-eficacia que unos pocos intentos costosos y de mayor envergadura (32, 53, 81, 92, 97, 164, 205, 264, 265).

En todas las decisiones que incluye el mercadeo social, los conceptos básicos de mercadeo deben aplicarse de una manera tal que sea aceptable para los gobiernos nacionales o las agencias donantes. Los administradores de los programas tienen que equilibrar las restricciones del financiamiento oficial y el apoyo, contra la necesidad de flexibilidad e independencia en las operaciones diarias. Deben equilibrar la necesidad de un precio bajo que las personas puedan pagar, con la de un margen de utilidad lo suficientemente alto como para satisfacer a los distribuidores y a los minoristas. Deben nivelar la necesidad de una promoción vigorosa y conspicua con las precauciones y las preocupaciones de los funcionarios gubernamentales. El desafío que afrontan los pioneros en el campo del mercadeo social consiste en saber aplicar la experiencia del mercadeo comercial y la promoción pero manteniendo un vínculo con los donantes y los gobiernos, que asegure un apoyo político y económico.

ADMINISTRACION Y MANEJO

En ninguna parte es tan evidente la tensión entre los objetivos sociales y los procedimientos de mercadeo social como en la administración y el manejo de estos proyectos. El mercadeo social recorre toda la gama desde los programas operados totalmente por los gobiernos hasta aquellos que están por completo en manos privadas. La mayoría está en algún lugar entre los dos. Cualquiera que sea la estructura de organización los requisitos claves para lograr el manejo exitoso de los proyectos de mercadeo social parecen ser (1) los recursos adecuados, (2) un fuerte apoyo por parte del gobierno o de los líderes nativos, (3) habilidades profesionales de mercado y (4) una clara autoridad para tomar las decisiones de mercadeo necesarias y para ejecutarlas con oportunidad.

Una clasificación de 12 programas principales de mercadeo social actualmente en funcionamiento, enumerados con las fechas en que se iniciaron, revela cuatro modelos diferentes para el manejo de un proyecto.

Proyectos Manejados por Entidades Oficiales	Proyectos Manejados por IPPF, FPA y Organizaciones Privadas Locales
India 1969 Jamaica 1975*	Sri Lanka 1973* Colombia 1973 Tailandia 1974
Proyectos Manejados por Intermediarios Privados	Proyectos Manejados por Agencias Semioficiales
Bangladesh 1975 Nepal 1978 El Salvador 1978 Ghana 1979	Indonesia 1974 Filipinas 1978 Mexico 1979

*Iniciados por intermediarios privados

Cada modelo puede ser el adecuado para satisfacer condiciones específicas y cada uno tiene ventajas y desventajas definidas. Sólo dos proyectos están manejados directamente por los gobiernos—*Nirodh* en India y el proyecto *Panther* (condones) y *Perle* (AOs) en Jamaica, que fue establecido por un intermediario privado y luego fue transferido al gobierno en 1977. El manejo oficial es posible solamente cuando el gobierno está comprometido por completo en la expansión de la planificación familiar a través del mercadeo social. Esto significa que los recursos oficiales pueden ser aprovechados y se puede utilizar la influencia del mismo, como en India, para suministrar artículos, para reclutar distribuidores comerciales y para desarrollar las campañas de promoción y publicidad. Sin embargo, las entidades oficiales rara vez poseen las habilidades de mercadeo y la experiencia de las empresas privadas y tienden a moverse con lentitud y precaución. Por ejemplo, después que el gobierno de India había persuadido a cinco grandes firmas comerciales para que añadieran condones a la línea de productos que vendían a mayoristas, los obstáculos burocráticos dentro del gobierno impidieron la autorización de los fondos para pagar la promoción y la publicidad planeadas (63).

El proyecto de Jamaica, iniciado por Westinghouse actualmente está siendo manejado por el gobierno en estrecha colaboración con un distribuidor, Grace Kennedy y Compañía. A principios de 1979 se interrumpió la publicidad, pero Grace Kennedy está dispuesta a seguirla con distribución de los productos *Panther* y *Perle* suministrados por USAID, logrando así un procedimiento organizacional que hace énfasis en el papel que desempeña el distribuidor. Sin embargo hasta la fecha, la incierta división de la responsabilidad entre el gobierno y el distribuidor comercial puede estar retardando el proyecto (318).

Los programas manejados por organizaciones privadas locales o asociaciones de planificación familiar tienen la ventaja de una organización relativamente sencilla y, en el caso de los proyectos principales de Sri Lanka, Colombia y Tailandia, de un fuerte liderazgo local. Con la excepción de Sri Lanka, en donde el proyecto fue iniciado por un intermediario, existe mayor posibilidad de que estos esfuerzos se integren a otras actividades locales que sigan un esquema distintivo de mercadeo social. El proyecto en Colombia, por ejemplo, es parte de Profamilia, la asociación de planificación familiar, bajo el liderazgo de Fernando Tamayo, antiguo presidente de IPPF (314). Tiene un personal de tiempo completo bajo un director de proyecto con experiencia en mercadeo. En Tailandia, los Servicios de Planificación Familiar Basados en la Comunidad (Community-Based Family Planning Services) (CBFPS), una organización autónoma establecida por Mechai Viravaidya, está ejecutando varios proyectos diferentes, con apoyo de la

IPPF, el gobierno de Tailandia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y otros donantes (56, 59, 341). Tanto en Colombia como en Tailandia, el mercadeo social está estrechamente relacionado con una amplia variedad de otros proyectos de planificación familiar y por lo tanto es más difícil evaluarlos como programas separados. Los tres proyectos Sri Lanka, Colombia y Tailandia, se han beneficiado con los recursos adecuados para la puesta en marcha, las habilidades profesionales de mercadeo y canales de autoridad razonablemente definidos.

El papel que desempeñan los intermediarios privados es importante en países como Jamaica, en 1974, y en El Salvador, en donde los gobiernos no desean comprometerse directamente en este tipo de esfuerzo experimental, y en países como Bangladesh y Nepal en donde la experiencia en mercadeo es escasa y la asesoría técnica externa es bienvenida. Los intermediarios como PSI y Westinghouse han iniciado algunos de los proyectos más fructíferos incluyendo los de Sri Lanka, Jamaica y Bangladesh, ellos poseen las habilidades de mercadeo necesarias y los recursos adecuados los suministran las agencias donantes como la USAID. Sin embargo, les hace falta las raíces nativas y pueden encontrar un tibio apoyo del gobierno, como en Ghana y Túnez, u oposición política como en Kenia y El Salvador. En términos de administración, los intermediarios deben caminar por "la cuerda floja" entre los donantes y los gobiernos anfitriones, tienen poca autonomía y cualesquiera que sean sus líneas de autoridad interna, con frecuencia deben esperar la autorización del gobierno antes de actuar (31, 32, 177).

Los proyectos de mercadeo social están manejados por agencias semioficiales locales en donde el gobierno no desea estar involucrado por completo o desea estar totalmente excluido. Estas agencias (aunque se benefician del apoyo financiero externo) evitan que su labor sea calificada como intervención foránea, porque esto puede ser perjudicial desde el punto de vista político. Los canales de autoridad son algo confusos. Los programas bajo el patrocinio semioficial en Filipinas y México son demasiado nuevos para evaluarlos, pero existe el peligro de que, al igual que en el proyecto indonesio *Jamu*, estos programas, a pesar del fuerte apoyo nativo, no tengan la completa autoridad y los recursos disponibles para los programas oficiales ni la independencia de una operación comercial (167, 229, 298).

Las responsabilidades de la administración diferirán según cómo se suministre el apoyo financiero externo o los artículos subvencionados y dependen también del punto por el cual tales artículos entran al sistema de mercadeo. Los proyectos en donde un solo distribuidor nacional está dispuesto a asumir toda la responsabilidad, como en Jamaica, son administrados con más facilidad que aquellos en los que cierto número de distribuidores nacionales comparten una responsabilidad limitada (225).

Fuentes de Tensión

En todas partes, los empresarios privados que trabajan estrechamente con las entidades del gobierno encuentran retrasos, metas y orientación conflictivas de diferentes entidades y dudas para afrontar, factores que se creen causantes de controversia política. Estas frustraciones se ven agravadas cuando dos gobiernos, el del país anfitrión y el del país donante, están involucrados en forma activa. Tal como lo mencionó un equipo que evaluó el proyecto del El Salvador

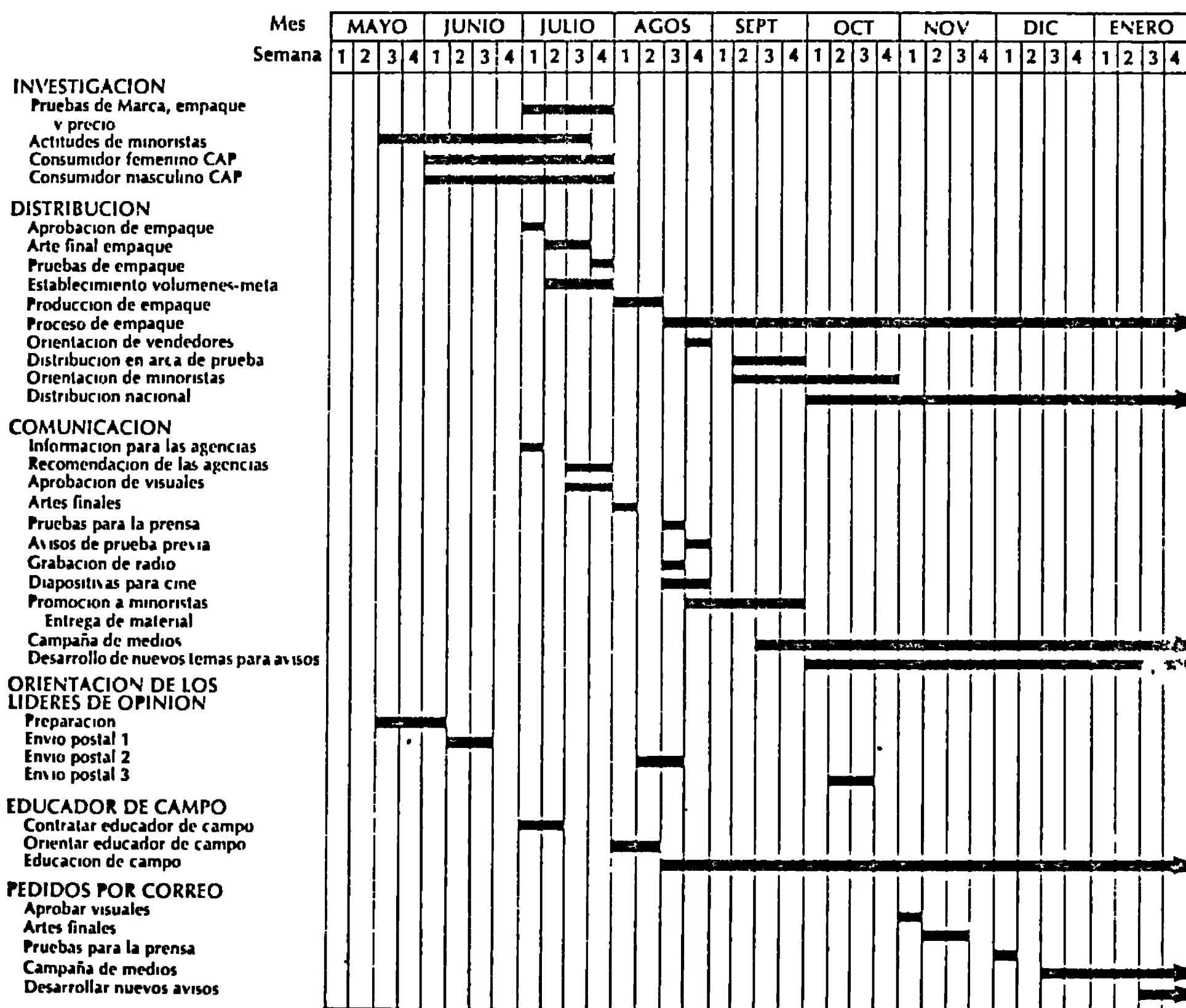
el proyecto ha estado plagado de retrasos en las etapas iniciales, pero los retrasos desde que se presentó el plan

Las dificultades surgen no sólo al principio de un proyecto, cuando todas las actividades necesarias deben planearse y or-

Mejoras Necesarias

Los programas de mercadeo social probablemente involucren demasiados recursos financieros y una visibilidad muy alta para que estén libres de la mayoría de las restricciones gubernamentales en el futuro cercano. Sin embargo, aun sin cam-

Figura 1. Actividades y Programación para el Proyecto *Preethi* de Sri Lanka, Mayo 1973—Enero 1974



El mercadeo social involucra un numero de actividades discretas que deben llevarse a cabo en una secuencia planeada para lograr un maximo de actividad. Este cronograma describe los planes iniciales para el programa de Sri Lanka, que se siguieron estrechamente. El proyecto empezo con una investigacion de mercados sobre las actitudes de los minoristas y de los consumidores hacia los condones y un envio postal para informar a los lideres de opinion sobre el proyecto. Siguió la seleccion del nombre de marca, el empaque y el precio. Despues se desarrollaron los materiales de empaque y la campaña publicitaria, se inicio la orientacion para los vendedores, los minoristas y el educador de campo. Una prueba en el area piloto precedio a la promocion a los minoristas y se inicio una campaña por los medios nacionales varias semanas antes del lanzamiento del producto. La mayoria de las actividades son de duracion limitada, pero la distribucion nacional, las campañas de promocion, las reuniones de ventas y la educacion de campo continuan.

Fuente PSI (24")

bios drásticos en las relaciones actuales entre quienes están involucrados en el mercadeo social, se puede lograr mejoras considerables entre los donantes, los gobiernos anfitriones y las organizaciones y expertos en mercadeo, respecto a algunos principios básicos

(1) Es necesario un personal reducido, de tiempo completo, con experiencia en mercadeo comercial, así sean entidades privadas u oficiales. El personal de medio tiempo con otras responsabilidades, o las personas sin experiencia en mercadeo tendrán dificultad para manejar con eficiencia los proyectos de mercadeo social (52, 81, 134, 145, 205)

(2) Se necesitan habilidades políticas y diplomáticas tanto como de mercadeo, especialmente al principio, para lograr un fuerte apoyo oficial y popular (104, 247, 284). El tacto y la personalidad de los individuos claves en tales proyectos pueden ser decisivos, tanto como el liderazgo de algunos pocos lo han sido en el lanzamiento de otros programas de planificación familiar

(3) Deben tomarse medidas para compensar a los hombres de negocios locales con los niveles de utilidad que se esperarían, en otra forma ellos no podrían o no estarían dispuestos a ayudar en la iniciación de los proyectos ni a continuarlos si los asesores extranjeros los abandonan (32, 103, 125, 147, 205). El proyecto de Bangladesh, por ejemplo, tuvo que negociar la opción de pagar salarios más altos al personal del proyecto que los del servicio civil, antes de poder atraer personas locales con alta capacitación al equipo de administración (64, 205). Como podían igualar los salarios del sector privado y las prestaciones sociales, los proyectos menos restringidos por los topes salariales, ya sean impuestos por los gobiernos o por las asociaciones de planificación familiar, han podido asegurar con facilidad un personal calificado

(4) La subestimación de costos y el sub-financiamiento de los programas de mercadeo social conduce a un personal insuficiente o poco calificado y una promoción deficiente, sufrirán las ventas aun cuando los suministros de anticonceptivos sean amplios. El bajo nivel de fondos es una de las razones principales del personal escaso y de la promoción errática del proyecto *Jamu*, en Indonesia (167, 298), y de una cantidad de esfuerzos independientes de asociaciones de planificación familiar. Los fondos financieros inadecuados representan también un problema en muchos otros campos, incluyendo los programas de salud, pero como los proyectos de mercadeo social tienden a tener unos costos iniciales más altos mientras que al mismo tiempo ponen énfasis en un costo-efectividad potencial, la sub-financiación es común

(5) Las Juntas Asesoras pueden ser útiles al fomentar el apoyo de la comunidad, pero no pueden administrar efectivamente o dirigir los programas de mercadeo social en un sistema día a día (205, 241, 336)

(6) Las decisiones del mercadeo social deben ser tomadas por expertos en mercadeo que estén familiarizados con la situación real, no por los donantes ni por otros funcionarios del gobierno. Estas decisiones deben ser ejecutadas con prontitud y no deben retardarse por aprobaciones que hayan sido solicitadas de antemano y por autorizaciones de funcionarios externos (31, 63, 74, 205, 270, 286, 298). Los programas de mercadeo social, como los de salud, requieren de un conocimiento especial y hasta donde sea posible, los especialistas deben tomar las decisiones en los aspectos técnicos

La administración y el manejo de los programas de mercadeo social están en plena evolución. La variedad de las estructuras

de organización refleja la adaptabilidad de los programas de mercadeo social, la ingenuidad de los administradores y los diversos compromisos y requisitos de los gobiernos y de las entidades donantes. No importa en qué forma esté organizado un programa, el mercadeo social, al igual que otros esfuerzos de desarrollo, requiere la combinación de los recursos apropiados, del compromiso de los gobiernos, del fuerte liderazgo local, de un equipo capacitado con buenas habilidades profesionales y de unas líneas de autoridad claras para ejecutar los planes con prontitud y efectividad.

PRODUCTO

Los aspectos que se relacionan con los productos que se utilizarán en cualquier proyecto de mercadeo social son

- ¿Qué métodos anticonceptivos se venderán?
- ¿Cuáles y cuántos productos o marcas se involucrarán?
- ¿Cómo se adquirirán los anticonceptivos, por donación o por compra?

De los 33 proyectos de mercadeo social revisados, 13 venden o vendían condones solamente, uno, sólo anticonceptivos orales, 10, condones y orales, 2, condones y espermaticidas y 7, condones, espermaticidas y anticonceptivos orales. Sólo unos pocos proyectos venden actualmente más de una marca de condones, pero varios añadirán muy pronto nuevas marcas. Cuatro proyectos: Colombia, Costa Rica, El Salvador y Tailandia, ponen énfasis en los anticonceptivos orales, y tres: Colombia, Sri Lanka y Tailandia ofrecen más de una fórmula (23, 59, 177, 233)

Cada uno de estos métodos: los condones, los anticonceptivos orales y los espermaticidas, tienen ventajas y desventajas específicas para un proyecto de mercadeo social. Estas se relacionan con (1) el método en sí, incluyendo su efectividad y los efectos secundarios, (2) cómo se usa, incluyendo la posibilidad del uso inadecuado con la falla consiguiente, (3) su imagen pública y algunas veces (4) las restricciones legales

Condomes

Todos los programas de mercadeo social, excepto uno, venden condones. Estos no presentan efectos secundarios, y si se usan en forma correcta y constante, fallan solo en cerca de 5 por 100 usuarios anualmente (95, 149). Son el único método masculino confiable, no quirúrgico, y en muchos países en desarrollo los hombres hacen la compra y también toman las decisiones en lo que se refiere a la planificación familiar. Los condones están por lo general libres de restricciones médicas o legales para su venta y por lo tanto pueden venderse en una amplia gama de puestos comerciales

La desventaja principal de los condones es que mucha gente los asocia con las enfermedades venéreas, la prostitución y la promiscuidad (299). Como resultado, en algunos países, su publicidad produce desaprobación (31, 58, 121, 177, 233, 269). Los proyectos de mercadeo social en estos países han encontrado una dificultad especial para mejorar la imagen de los condones, desarrollando una consciencia y una lealtad de marca y aun facilitando la disponibilidad del producto conocido

Si se presenta la oportunidad, un buen esfuerzo de mercadeo y de relaciones públicas puede cambiar en forma espectacular tanto la imagen como el empleo de los condones. En Tailandia por ejemplo, los condones alguna vez estuvieron asociados

PARA AUTO EXAMINARNOS

COMO ORGANIZAR GRUPOS DE ACCION: ALGUNAS IDEAS

Elegir una Coordinadora que se ocupe exclusivamente de la relación con los medios, pero no dejar que todo el trabajo recaiga sobre ella. Muchas veces los grupos eligen a una persona como coordinadora y descargan sobre ella toda la responsabilidad y ello constituye un error.

Evaluar las habilidades e intereses de cada integrante del grupo. ¿Quién sabe escribir bien? Tal vez debe ser ella la persona encargada de preparar los comunicados de prensa. ¿A quién le gusta mirar televisión o escuchar la radio? Pídale a esa persona que participe en el proyecto destinado a "controlar los medios". ¿Quién disfruta leyendo publicaciones de otros países? Pídale que busque artículos sobre las actividades que otros grupos realizan en el campo en que ustedes están interesadas. ¿Quién, entre todas, se interesa en política? Pídale que esté alerta y trate de identificar los eventos y oportunidades que pudieran facilitar el acceso a los medios de la temática con que el grupo trabaja.

Identificar una persona que sirva como "vocera". Bríndele todo el apoyo necesario que se requiere para que ella pueda lograr que el trabajo del grupo acceda al campo de lo público.

Conocer su tema. Coleccione datos, estadísticas y ejemplos de incidentes en su propia comunidad que ilustren de qué manera el problema afecta a las mujeres a su alrededor. Organice su información de modo sistemático y decida cómo quiere comunicarla a la prensa.

Conocer su oposición. Conozca la posición y los argumentos que pueden ser utilizados en su contra. Sepa de antemano cómo Ud. puede defender su posición.

Planificar el empleo del tiempo disponible. Es necesario reconocer que el trabajo con los medios no es un trabajo fácil y breve sino un proceso complicado y permanente.

Planificar el empleo de recursos financieros. Asegúrese de que el presupuesto refleje los gastos.

Desarrollar un plan o estrategia. Después persevere.

Colaborar. Si existe una temática o proyecto de demasiada amplitud para que un solo grupo lo maneje con efectividad, únase a otros grupos, multiplique sus fuerzas.

PREPARADAS...

PARA COLECCIONAR DATOS:

Coleccionar información sobre hechos que atañen a la cuestión de su interés es una actividad permanente y es crucial para que su grupo pueda presentarla al público de modo persuasivo y contundente. Además de información sobre nombres, lugares, fechas y secuencia de acontecimientos, sería importante coleccionar datos estadísticos, decretos políticos, leyes y resultados recientes de investigaciones.

Encontrar la información y presentarla de manera que pueda ser utilizada por los medios son las dos tareas centrales que deben encararse en esta etapa. Es cierto que la información numérica o estadística atrae particularmente a aquéllos que toman las decisiones, pero también es cierto que con frecuencia es muy difícil de obtener. Un punto de partida pueden ser los contactos que se tienen con conocidos y conocidas en las universidades y los institutos de investigación.

Saque provecho de las universidades. Contáctese con el plantel docente y con los investigadores/as de las universidades. Ellas/os pueden ayudarle a localizar aquellos datos estadísticos que busca, así como también a identificar e interpretar la investigación relevante que se ha llevado a cabo en su área. Si su grupo está interesado en realizar un proyecto "para controlar a los medios", puede consultar con algunas colegas con experiencia. A su vez, no hay que descartar un trabajo en equipo para profundizar el estudio de un tema específico.

PARA PRESENTAR Y PUBLICITAR LOS HECHOS:

Presentar y publicitar la información es extremadamente importante. La información puede ser presentada como parte de un *dossier*, de un comunicado de prensa, de un artículo en un periódico, como parte de una entrevista por radio o televisión o como una hoja informativa. En todos estos casos, los grupos de mujeres antes de entregar la información a los medios, deben asegurarse de que existe una relación visible entre los datos, estadísticas, etc. que presentan dicha información y la realidad que afecta diariamente a las mujeres. Una última recomendación. Antes de enviar cualquier noticia a la prensa, asegúrese de que la información sea correcta. El uso de datos incorrectos o no verídicos puede desacreditarla a Ud., a su grupo y al problema o tema que usted quiere dar a conocer.

PARA PREPARAR UNA NOTICIA

RECOPILAR EJEMPLOS

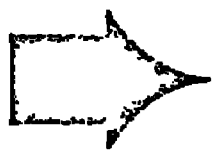
Los grupos de mujeres pueden ser particularmente efectivos en la recolección de ejemplos de incidentes o eventos que ilustran de qué manera un problema particular o temática afecta a las mujeres de la comunidad. Tan poco de lo que experimentamos como mujeres ha sido de interés para los reporteros, los escritores y los periodistas en general, y con tanta frecuencia las propias condiciones sociales en que nos encontramos nos han impedido contar lo que nos pasa, que es hora de empezar a registrar nuestras experiencias en una forma que nos permita compartirlas más.

Desde un punto de vista práctico, es importante establecer un sistema que nos permita registrar sistemáticamente, coleccionar y organizar la información, que agilice, cuando sea necesario, la preparación de los materiales de prensa. Para estos fines, es ideal tener un cuaderno con hojas sueltas (a fin de poder cambiarlas de lugar si es necesario) que sirva de archivo en el cual documentar y anotar las historias y los artículos que usted ha obtenido de publicaciones, periódicos u otras fuentes.

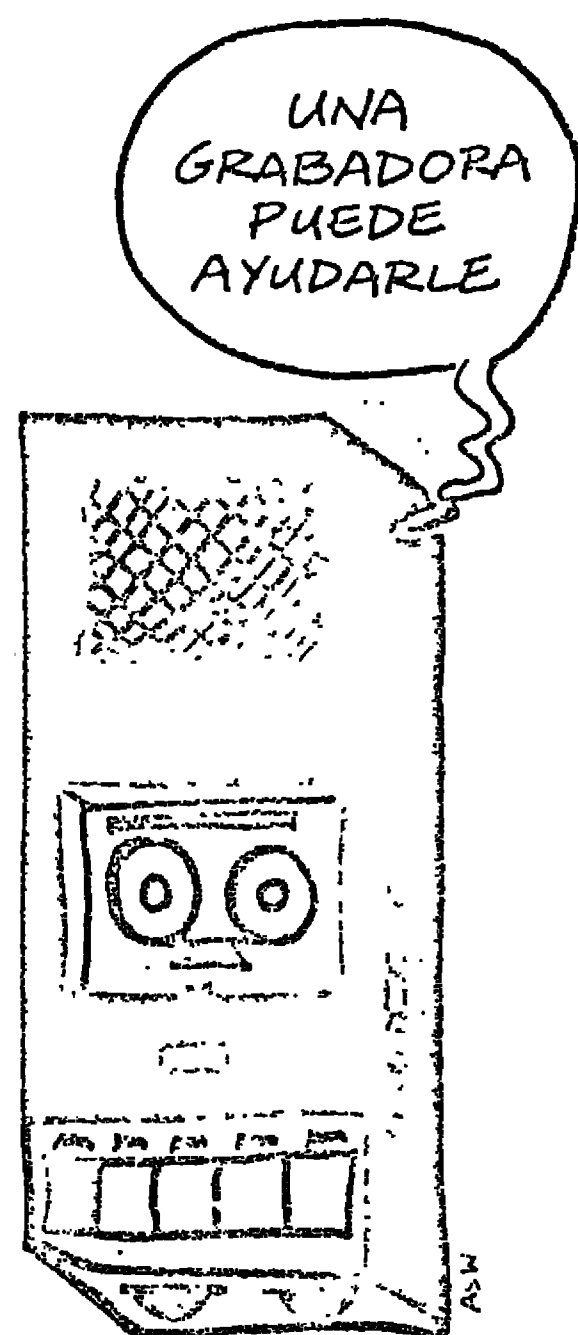
Existen muchas fuentes de información.

Por ejemplo:

- Miembros de su grupo, usted misma.
- Amigas, parientas y vecinas.
- Información que obtiene en periódicos, diarios, o que ve o escucha en la radio y la televisión.
- Conversaciones con el personal de diferentes organizaciones o agencias que trabajan con mujeres que conocen el tema y su problemática.



Periódicamente, Ud. necesitará revisar la información que ha coleccionado para ilustrar y llevar al conocimiento del público la manera cómo el tema o problema que usted y su grupo tratan afecta a la mujer. Hable con las mujeres mayores y con más experiencia en la comunidad quienes, a pesar de no encontrarse directamente afectadas por el problema, pueden reflexionar sobre una situación particular y compararla con las cosas "como solían ocurrir en los viejos tiempos".



PARA CONTAR SU HISTORIA

HACER ACOPIO DE "CITAS"

Cuando leemos un libro, un periódico o cualquier publicación escrita podemos seleccionar, recortar y guardar aquellos párrafos que consideramos interesantes y que tal vez podamos emplear más adelante. En general, las citas usadas con más frecuencia pueden agruparse en las siguientes categorías:

Declaraciones de personalidades. Incluimos aquí personalidades de la política, dignatarias/os de gobierno, escritoras/es, presidentas/es de empresas y otras figuras públicas.

Declaraciones de expertas/os. Nos referimos a aquellas declaraciones de individuos cuyo conocimiento deriva de una experiencia especial en su materia y que son respetadas y conocidas en el campo como verdaderos peritos en el tema.

Declaraciones que por su expresividad, logran sintetizar de manera paradigmática una situación o reivindicación. Estas últimas suelen ser las más difíciles de seleccionar, sobre todo porque casi nunca se han llevado a la palabra escrita.

Las citas pueden utilizarse con fines diversos:

- Para otorgar credibilidad a una postura o decisión.
- Para dotar de mayor dramatismo a una cierta situación.
- Para llamar la atención de la gente y estimular su interés.

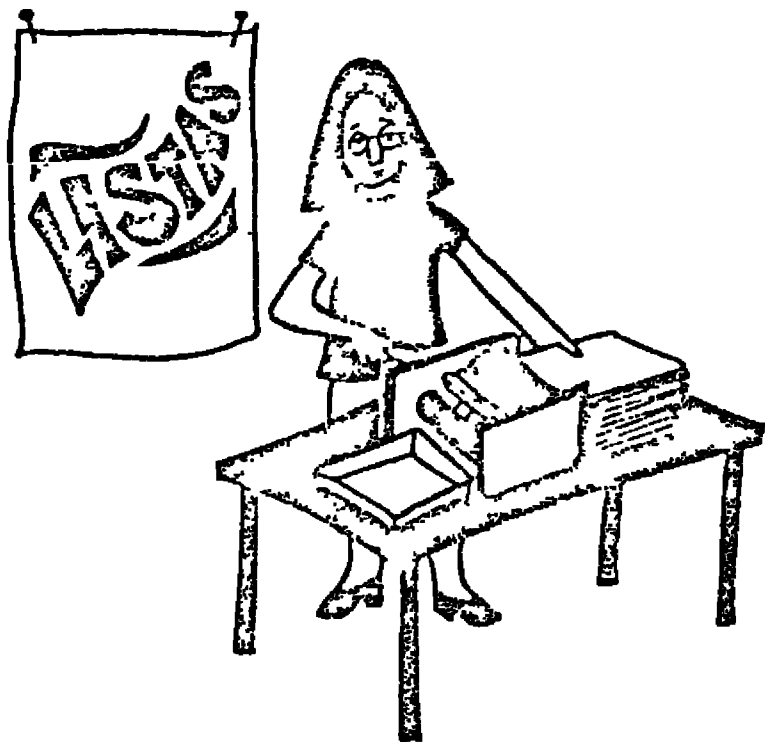
Por ejemplo:

Nairobi, Kenya:

"Las mujeres acudieron a Nairobi desde todos los rincones del mundo. Vinieron para compartir sus experiencias, para aprender las unas de las otras y para concebir estrategias y acciones conjuntas futuras. Su sola presencia destruyó la vieja teoría que sostienen los periodistas desde tiempo inmemorial. Quedó probado que es posible reunir mujeres de muchas culturas y procedencias sin que reinen la disensión y los desacuerdos amargos. Antes bien, ellas dieron sentido a las palabras de Virginia Woolf: *"Como mujer, no tengo patria. Mi patria es el mundo entero"*.

Las citas, aun las más cortas (incluso, a veces, cuanto más cortas, mejor), pueden emplearse de mil maneras distintas. Se pueden incluir en un artículo, un discurso, un volante o incluso en una pancarta!





PARA APRENDER NUEVAS TECNICAS

EN EL PASADO SE HA DICHO...

“Los grupos de mujeres realizan pocos esfuerzos para establecer contactos directos con nosotros y cuando lo hacen, el contacto es infrecuente y esporádico”

“Las mujeres no saben cómo trabaja una oficina de noticias y quién decide qué publicar”

“Las mujeres no tienen idea del tiempo que se requiere para asegurar una buena cobertura de un acontecimiento. Demasiado a menudo, un grupo se pone en contacto con nosotros con sólo uno o dos días de antelación y espera con ello que publiquemos su noticia”.

“Los grupos de mujeres no tienen idea qué tipo de información interesa a los medios”.

“Los grupos de mujeres rara vez poseen datos, antecedentes interesantes sobre el problema que quieren que publiquemos. La falta de datos obstaculiza la difusión del tema”

**CUANTO MAS CONOZCA LOS MEDIOS Y LA
FORMA EN QUE ELLOS TRABAJAN, MEJOR Y PODRA
SERVIRSE DE ELLOS**



COMO ESCRIBIR UN COMUNICADO DE PRENSA

¿POR QUE ES IMPORTANTE?

Un comunicado de prensa es un boletín de noticias conciso y con “gancho” que describe un evento o tema de importancia. Generalmente está escrito en un estilo ágil que permite que los medios lo empleen fácilmente sin que se requieran cambios importantes. Lo ideal es que agudice la curiosidad de las/os lectoras/es. La información que llega en comunicados de prensa frecuentemente se usa para “llenar” los espacios vacíos que tienen todos los diarios o los programas de radio. Si su comunicado llega en el tiempo justo y es del tamaño adecuado, es muy probable que uno de los medios lo publique.

COMO Y CUANDO EMPLEAR UN COMUNICADO DE PRENSA:

En general, un comunicado de prensa se utiliza cuando hay una noticia importante que dar a conocer a la opinión pública y/o cuando se busca concitar su interés. Por ejemplo:

- La publicación de una investigación importante relacionada con el área en que trabaja su grupo;
- El anuncio de una conferencia o reunión que tendrá lugar en su país o comunidad (en este caso los comunicados deben prepararse antes, durante y después de la conferencia);
- La creación de un nuevo grupo u organización;
- El dictado de nuevas leyes, estatutos legales, etc..
- La presencia de una/un conferencista o invitada/o del exterior.

COMO EMPLEARLO:

Si Ud. tiene realmente desea que los medios de comunicación se interesen en el seminario que su grupo va a llevar a cabo y en el cual participarán mujeres de varios países, podría preparar un comunicado de prensa proforma con espacios en blanco que al finalizar la conferencia, las participantes podrían llevarse a sus casas para completar y luego entregar a la prensa, la radio, etc. de su propia ciudad o comunidad. Se nos ocurre como ejemplo, lo siguiente:

“Doscientas mujeres empresarias, incluyendo (nombre)_____, propietaria y gerenta de ____ (nombre de la empresa)_____, elaboraron una proclamación conjunta en repudio a los préstamos inmorales en los cuales ha incurrido el régimen, durante la sesión final del Congreso anual de “Mujeres propietarias de pequeñas empresas”, llevado a cabo en la Capital, entre el 2 y el 8 de agosto, de 1989”.

COMO PREPARAR UN COMUNICADO DE PRENSA

ALGUNAS IDEAS

A continuación, enumeramos algunas de las reglas que deben respetarse y tenerse en cuenta al preparar un comunicado de prensa:

- Emplear el estilo periodístico: frases y párrafos cortos y llenos de datos sólidos.
- Asegurarse de que la información referida al Quién, Cómo, Cuándo, Dónde y Con quién ocurre la noticia se encuentre en la primera frase o en el párrafo introductorio.
- Brindar la información esencial en el primer párrafo, y usar los párrafos subsiguientes para profundizar la información. El orden de importancia de la información debe coincidir con el lugar que se le asigna: a mayor importancia, primero; a menor, después.
- Evitar el uso de citas en el párrafo inicial. Más adelante, un uso mesurado puede hacer sobresalir las ideas y dar peso a la argumentación. Siempre indique la fuente de las citas.
- La concisión. Tratar de restringir el comunicado a una página.
- Si se dispone de una buena fotografía, no es mala idea incluirla.
- Si es verdad que los comunicados de prensa suelen variar en su formato de país en país, un formato común podría ser éste:

MEMBRETE

(con el nombre de la organización, su dirección y número telefónico)

Para su publicación inmediata
23 de diciembre de 1988

Persona a contactar: Norma Redondo
Teléfono: 224 789

MUJERES FORESTALERAS TOMAN LA DELANTERA EN LA REFORESTACION (texto del comunicado)

-30- (se emplea para indicar el fin del comunicado)
-"más"- (si hay otra página)

También, en la esquina superior derecha de la segunda y tercera página,
debería aparecer lo siguiente:

"MUJERES REFORESTADORAS" 2-2-2 (v. gr., segunda página),
"MUJERES REFORESTADORAS" 3-3-3 (v. gr., tercera página), etc.

COMO PREPARAR UNA NOTA INFORMATIVA

¿POR QUE SON IMPORTANTES LAS NOTAS INFORMATIVAS?

Una nota informativa es un resumen de hechos significativos y útiles acerca de un tema determinado. Sirve para reunir en un formato condensado una variedad de información y para enfatizar la gravedad de un problema o la importancia de un tema, incluyendo información sobre la severidad del problema, número de afectados, o damnificados, etc. Las notas informativas sirven también para corregir falsas ideas o malos entendidos sobre un determinado tema. A veces, dependiendo de qué tipo de información se trate, pueden presentar un nuevo enfoque o sugerir un nuevo modo de acercamiento a una cuestión. Finalmente, son importantes para asegurar que la información que transmiten los medios es fidedigna.

¿COMO Y CUANDO SE USAN?

Una vez confeccionada, la nota informativa se puede utilizar con propósitos diversos. Por ejemplo:

- Es posible adaptarla al formato de un “comunicado de prensa”.
- Emplearla en discursos o trabajos preparados para congresos, paneles y mesas redondas.
- Distribuir la en conferencias de prensa.
- Enviarla a diferentes grupos cuyo eje de trabajo esté constituido por una problemática similar a la de nuestro grupo.
- Incluirla en los juegos de materiales que el grupo prepara periódicamente para enviar a los medios.

¿COMO ESCRIBIRLA?

No existe un formato “standard” para una nota informativa. Sin embargo, es importante que recoja información estadística reciente tomada de fuentes fidedignas o veraces. Algunas sugerencias para su confección:

- Inicie la nota con una estadística, cita o introducción que llame la atención.
- Sea breve: una nota informativa no debe exceder las dos páginas, el ideal es una.
- Debe ser visual y de fácil lectura. Se recomienda el empleo de cuadros sinópticos, gráficos, fotos y otros instrumentos que faciliten la interpretación de la información presentada.
- El tono es importante: Su prosa debe inculcar confianza. Sus argumentos deben basarse en datos concretos y precisos.
- Tenga siempre a mano la lista de fuentes en que basó cada una de las notas informativas que preparó. Debe estar dispuesta a demostrar la veracidad de los datos aportados con total premura. Sus fuentes deben ser sólidas y veraces.

¡ALERTA!

EL AUMENTO DE CAMPOS DE REFUGIADOS NO MEJORA LA CONDICION DE LAS REFUGIADAS AFGANAS

**NOTA
INFORMATIVA:
UN MODELO**

Todos los campos de refugiados del mundo tienen algo terrible en común: diezman las vidas de los individuos, fragmentan las familias y las comunidades. La mayor población de refugiados del mundo, la afgana, está constituida en un 75% por mujeres, niños y ancianos. Las mujeres, son viudas, o son jefas de hogar en más del 70% de los casos.

La falta de comprensión de los problemas que las refugiadas afganas tienen que enfrentar torna aun más triste su existencia. Para ellas, su vida en los campos de refugiados de los países que les otorgan asilo está plagada de desnutrición, carencia de oportunidades educativas y/o económicas, así como también de falta de atención médica básica.

ALIMENTOS Y NUTRICION

Los valores tradicionales y la cultura afganos no permiten a las mujeres ir al mercado solas a reclamar sus raciones alimenticias. El "varón", según la tradición cultural afgana, protege a la familia y aporta los alimentos. Desafortunadamente en aquellas familias en que la mujer es jefa de hogar sufren de desnutrición por no tener un "protector" encargado de obtener los alimentos.

HIGIENE Y SALUD MENTAL

La costumbre impide, también, a las mujeres afganas llamar al médico "varón", y ello obviamente incide en la tasa de mortalidad infantil, y en la proliferación de todo tipo de enfermedades. La salud mental es, igualmente, un problema que afecta a muchas de estas mujeres refugiadas, que viven aisladas en sus carpas. Como dijo una médica que trabajaba en uno de los campos: "Muchas mujeres son víctimas de la depresión. Algunas vienen a verme en busca de apoyo moral. Se sienten apoyadas cuando pueden hablar con una doctora que, como ellas, es una mujer y habla su idioma".

EDUCACION Y DESARROLLO ECONOMICO

Como refugiadas, las mujeres afganas ven modificarse los roles que, como partes integrantes de su sociedad y economía, tenían originalmente. Sin embargo, las normas sociales no las autorizan a aventurarse afuera de los campos en busca de empleo o capacitación, tal como hacen los hombres. La educación formal excluye a las niñas, a quienes se les prohíbe también participar de los programas mixtos. Como agravante, han dejado de recibir la educación "hogareña" que las niñas tradicionalmente reciben en Afghanistan.

Adaptado de: La nota informativa sobre las mujeres refugiadas del Overseas Education Fund, EE.UU.

DOSSIERS INFORMATIVOS

¿PARA QUE CREAR UN DOSSIER INFORMATIVO?

Un *dossier* informativo contiene un compendio de toda la información disponible sobre un tema o problema en particular. Sirve como una especie de fuente de información expeditiva, brindando a la reportera/o, periodista o cualquier representante de los medios de comunicación aquella información básica necesaria para poder escribir una noticia, aun cuando quien la escribe no domine bien el tema.

Si su *dossier* informativo se encuentra bien organizado y ha logrado ser exhaustivo, puede acrecentar las probabilidades de cobertura o diseminación del tema o problema, puesto que con el *dossier*, usted le ha ahorrado al periodista el tiempo que se necesita para poder reunir la información que éste contiene.



¿CUANDO UTILIZAR UN DOSSIER INFORMATIVO?

Los *dossiers* informativos son especialmente útiles en aquellos casos en que los periodistas asisten a una conferencia, charla o evento auspiciado por su organización en torno a un tema específico.

En ese caso, resultará provechoso que durante el acto se les distribuya el *dossier* puesto que aumentará las posibilidades de que informen sobre el evento, usando los contenidos del *dossier* como fuente adicional de información visual y estadística.

ALGUNAS IDEAS SOBRE SU EMPLEO:

La preparación de *dossiers* puede consumir mucho tiempo y, a la vez, ser muy onerosa, en particular cuando su distribución se reduce a los medios de difusión. Una solución que han encontrado algunos grupos es confeccionar *dossiers* que cumplan una doble función: para la prensa y para la comunidad. Una forma de lograr este objetivo consiste en agregar al *dossier* una guía con ideas sobre cómo utilizar los materiales para que la comunidad conozca más a fondo el problema y se involucre en la búsqueda de soluciones al mismo. Enfoques como éstos garantizan mayor efectividad del *dossier*, al tiempo que ayudan a reducir el costo inicial por copia.

DOSSIERS INFORMATIVOS

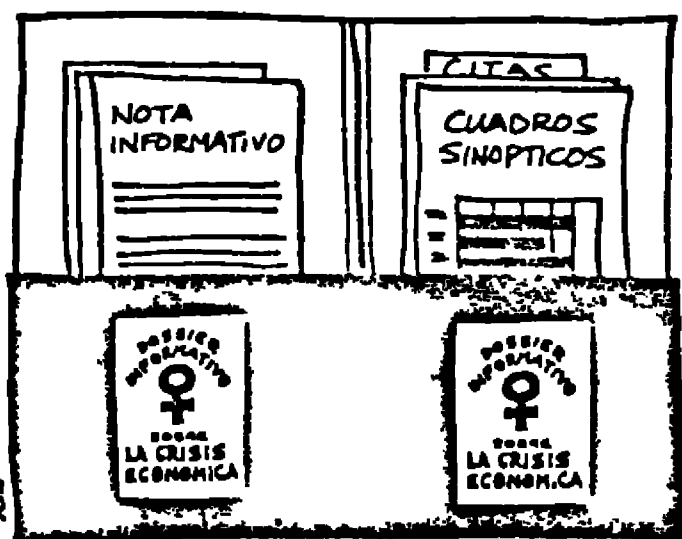
LOS INGREDIENTES BASICOS DE UN DOSSIER INFORMATIVO SON:

- Sinopsis informativa o comunicado de prensa.
- Nota informativa sobre el acontecimiento.
- Antecedentes (si no se encuentran incluidos en la nota informativa).
- Recortes de prensa, artículos o copias de revistas o boletines que contengan información alusiva al tema o acontecimiento.
- Citas o comentarios de expertos.
- Gráficos, cuadros sinópticos, estadísticas, fotografías o ayudas visuales para ilustrar el tema.
- Discursos o declaraciones al respecto.
- Copias de testimonios y opiniones de personalidades y público en general.
- Prospecto descriptivo de su organización.
- Antecedentes biográficos de la "vocera" de la organización.



ALGUNAS IDEAS SOBRE DISEÑO:

Un *dossier* contiene diferentes materiales informativos, por ende se aconseja encarpetarlos para que la información no se extravíe. Por lo general se emplea una carpeta común con dos bolsillos interiores. Las carpetas serán más atractivas si se ilustra la portada con un diseño llamativo o con el logotipo de la organización. En todos los casos, es importante que el nombre, dirección y número de teléfono de su organización se encuentre impreso en un lugar visible ya sea en la portada de la carpeta o en la contratapa, y en todos los materiales que la carpeta contiene, en caso de que se pierda alguno de ellos.



CONFECCIONEMOS LISTAS DE CONTACTOS

¿PARA QUE SIRVEN?

Cuando se habla de establecer lazos con los medios de comunicación, no existe nada más efectivo que el contacto personal. Cabe establecer que estos contactos no se producen “de un día para el otro”. Muchos de ellos se han ido creando a través de los años. Es necesario cultivarlos e invertir tiempo para crear una atmósfera de mutua confianza. Cuando conocemos a un corresponsal o periodista, podemos “educarla/o” y concientizarla/o de tal manera que cuando cubra aquellos temas que afectan o interesan a la mujer lo haga en forma objetiva, periódica y responsable.

COMO ELABORAR LISTAS DE MEDIOS INFORMATIVOS

Prepare una lista de todos los medios informativos que existen en su país o en su comunidad. Le sugerimos que divida dicha lista por categorías, ya sea radio, televisión, periódicos o revistas.

No olvide incluir las publicaciones periódicas de especial interés para su comunidad. Cada vez que identifique una organización, no se olvide de incluir: nombre, dirección, teléfono, horas de oficina, nombres de las personas en la junta directiva, dueñas/os o de las personas responsables del manejo del medio identificado.

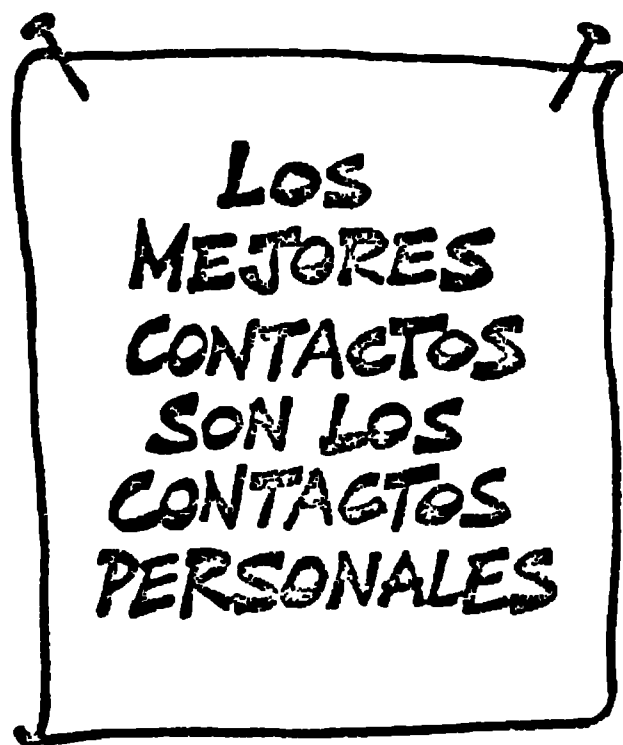
COMO ELABORAR LISTAS DE CONTACTOS

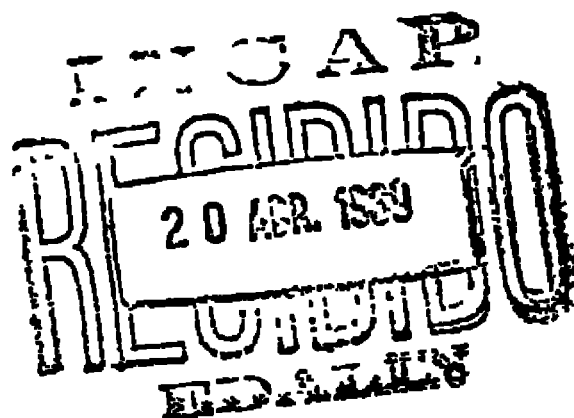
Por ejemplo, una vez que haya preparado la lista de contactos en “la prensa” prepare tarjetas individuales para cada uno/a de los/as periodistas que Ud. y su grupo conocen. Cada tarjeta debe incluir:

El nombre de la persona, su cargo, dirección, y teléfono,

El nombre de la integrante del grupo que la conoce o con quien tiene contacto directo,

Área de temas e intereses que cubren.





* En Informe Final de Seminario Internacional de Comunicación en Programas de Salud. Buenos Aires, Argentina, 20-23 mayo 1985. p.p. 115-131.

El impacto de Programas de Comunicación Social en el área de la Salud *

Rina Alcalay, PHD
Escuela de Salud Pública
Universidad de Berkeley
U.S.A.

Existe una gran conciencia sobre la importancia de la atención preventiva de salud. La atención preventiva de salud puede disminuir drásticamente el riesgo de las enfermedades, así como puede ahorrar importantes recursos humanos y económicos. Las conductas efectivas para prevenir la salud, todavía, están muy fuera de la realidad en la mayoría de las sociedades. En la mayoría de las naciones modernas mucha gente fuma, bebe en exceso, ingiere alimentos no nutritivos, vive en bajas condiciones sanitarias, no practica suficiente deporte, etc.

Las medidas efectivas para prevenir la salud requieren de los esfuerzos combinados de individuos, comunidades y organizaciones sociales y de salud. Hoy, casi todos los países reconocen la importancia de la educación para la salud y lo demuestran a través de una comunicación masiva. Cada país tiene diferentes prioridades dependiendo de aquellos asuntos de salud que necesiten ser fortalecidos. Sin embargo se ha comprobado que la educación sanitaria, que aumenta la conciencia y cambia actitudes y conductas, puede reducir significativamente los riesgos de salud.

Este trabajo describe tres importantes proyectos realizados recientemente en los Estados Unidos sobre la educación para la prevención de la salud. Estos proyectos fueron elegidos porque tratan con las barreras más importantes para obtener una efectiva prevención de la salud no sólo en los Estados Unidos, sino también en otros países latinoamericanos y europeos. Aunque los tres proyectos están orientados hacia la comunicación masiva, cada uno tiene un énfasis diferente. uno está basado principalmente en la comunicación interpersonal y de grupo, el segundo usa principalmente la televisión, mientras que el tercero utiliza un enfoque de multi-media.

Estos proyectos se basan en conceptos teóricos derivados de la psicología social. A continuación veremos: (1) algunos antecedentes de estas teorías;

(2) un análisis de estos tres proyectos; y (3) una discusión sobre algunas de las limitaciones del uso de los medios masivos para la educación de la salud, que se desprenden de estos proyectos.

Comunicación Social y Persuasión

El área de la comunicación social no es una disciplina específica, sino que se deriva de una variedad de áreas interdisciplinarias cuyo foco está en uno o más elementos comunicativos, o en la relación entre una serie de tales elementos encontrados en el proceso de la comunicación.

Lasswell dijo que el estudio de cualquier tipo de comunicación podría ser realizado con estas preguntas:

- ¿Quién?
- ¿Dice qué?
- ¿A través de qué canal?
- ¿A quién?
- ¿Con qué efecto?

Cada una de estas preguntas determina un "área" o un "elemento" dentro del fenómeno de la comunicación social.

La primera pregunta, "¿Quién?", se relaciona con el estudio del emisor. Los estudios de este componente se han concentrado en el control de los medios. Disciplinas como ciencias políticas o sociología han enfocado sus marcos teóricos y sus métodos a este estudio.

La pregunta "¿Dice qué?" ha originado el estudio de los mensajes a través de métodos de análisis de contenido y de semiología.

La pregunta "¿A través de qué canal?" ha originado el estudio de los medios en sí mismos, la preocupación por identificar los elementos que diferencian, por ejemplo, la radio de la televisión y los diarios, y por seleccionar los medios más apropiados para cada proyecto. Los escritos de Marshall McLuhan y su teoría de que el "medio es el mensaje", demuestra esta manera de pensar.

La pregunta "¿A quién?" origina estudios de audiencia. Esta área se preocupa por identificar y clasificar a los receptores de acuerdo a categorías relevantes a los objetivos del estudio.

Finalmente, la pregunta "¿Con qué efecto?" se refiere al impacto que los mensajes tienen sobre la audiencia. Estudios sobre los efectos de la comunicación componen esta área de estudio, mientras que las campa-

ñas de impacto utilizan teorías de persuasión y de cambio de actitudes. Es aquí, en la búsqueda de la maximización del impacto, donde las áreas de comunicación social y psicología social se entrelazan.

Toda campaña de comunicación busca en alguna medida lograr un cambio en el receptor, ya sea a nivel de conocimiento, de actitud o de conducta. De hecho, lograr un cambio conductual es el objetivo último en la mayoría de las campañas de comunicación en el área de la salud. Sin embargo, este objetivo no siempre se expresa en forma explícita. La mayoría de las campañas buscan aumentar el conocimiento o cambiar actitudes, asumiendo que el comportamiento cambiará como consecuencia. Esta creencia generalizada —que un aumento en el nivel de conocimiento afectará un cambio de actitud que a su vez producirá cambios de conducta posteriores— actualmente está siendo cuestionada por los investigadores.

Teorías de Psicología Social usadas en campañas para la Educación de la Salud

A continuación, revisaré las teorías principales que han servido como fundamento para campañas de comunicación. Las teorías están diseñadas para explicar la conducta, pero ellas mismas no cambian la conducta.

En primer lugar, describiré una familia de teorías que están interrelacionadas y que se ocupan de las consecuencias de la 'inconsistencia', es decir, de los conocimientos y actitudes inarmónicos: disonancia cognitiva, balance cognitivo y otros. En segundo lugar, consideraré ciertos postulados de la teoría de aprendizaje social, la cual explica el cambio de conducta como consecuencia del aprendizaje vicario logrado indirectamente a través de la exposición de modelos que demostraban la conducta deseada. En tercer lugar, evaluaré estudios de redes de comunicación interpersonal, a través de los cuales las innovaciones son difundidas a las personas que hacen uso de ellos. Finalmente, analizaré la teoría de inoculación de McGuire, la cual provee a los individuos de estrategias de inmunización para resistir influencias emocionales dañinas (e. g. fumar, alcoholismo). Estas teorías han sido de gran importancia para los campos de comunicación masiva y demostraron de hecho que han entregado las bases teóricas para el diseño de innumerables campañas de comunicación masiva a través de los medios masivos, tanto en el área de salud como en otras áreas de educación.

1. Disonancia Cognitiva

Las teorías de disonancia cognitiva o teorías de consistencia parten de la base que los individuos aspiran a lograr una consistencia cog-

nitiya entre sus diferentes creencias y actitudes. Por lo tanto al introducir una inconsistencia cognitiva ésta actúa como un elemento irritante o conflictivo que motiva al individuo a modificar su sistema de actitudes y creencias previas. En este sentido al crear en un individuo inconsistencias en su sistema de actitudes y creencias es posible modificar su esquema anterior y en consecuencia lograr un cambio de conducta posterior. Este enfoque se basa en el supuesto mencionado anteriormente que un cambio en el nivel de información provocará un cambio de actitud que resultará en un cambio de comportamiento.

En síntesis, este enfoque postula que existe disonancia cuando un elemento cognitivo entra en conflicto con otro elemento cognitivo. Cuando este conflicto ocurre, el individuo tratará de reducir el nivel de disonancia cambiando su esquema previo de actitudes y creencias.

2. Teoría de Aprendizaje Social

La teoría de aprendizaje social sugiere técnicas para provocar y mantener cambios en el nivel de acción concreta. Este enfoque critica al modelo de cambio conocimiento-actitud-conducta y se basa en el postulado que es posible cambiar conductas sin previamente tener modificado actitudes, más aún, que un cambio de conducta traerá cambios de actitud posteriores. Más adelante, propone que los cambios de conductas pueden causar un cambio en las actitudes. Esta perspectiva sostiene que para que los individuos se comporten de diferentes maneras, ellos deben aprender nuevas conductas. Estas nuevas conductas, a la vez, traerán consecuencias de beneficio para el individuo que lo inducirá a continuar con esta conducta en el futuro.

Es esencial desde el punto de vista de la teoría de aprendizaje social mostrar un modelo de la nueva y deseable conducta. El aprendizaje de las nuevas conductas ocurrirá conforme el individuo experimente sus consecuencias, ya sea de manera directa o indirectamente por medio de 'aprendizaje vicario' o 'modelaje'. Los cambios de conducta de modelamiento ocurren viendo, oyendo o leyendo el nuevo proceso conductual. Es obvia la relevancia que tal enfoque tiene para el uso de los medios de comunicación. La teoría de 'modelaje', desarrollada por Albert Bandura, también ayuda a explicar cómo la comunicación puede causar cambios de conducta en individuos, mostrándoles conductas alternativas. Veremos más adelante cómo los postulados de esta teoría están siendo usados por las campañas de salud pública que describiremos.

3. Difusión de Innovaciones

La teoría de difusión de innovaciones consiste en identificar ciertas características tanto del emisor como del receptor, que son necesarias para maximizar la efectividad del proceso de comunicación de las innovaciones. Esta teoría define una innovación como el intercambio de una idea, una práctica u objeto percibidos como nuevos por un individuo o una comunidad. El elemento novedoso de esta innovación puede darse en forma de un nuevo conocimiento, una actitud diferente o una decisión respecto a una conducta diferente. Algunos eruditos creen que la comunicación de innovaciones es mucho más eficiente cuando existe un alto grado de empatía y similitud entre el emisor y el receptor. Es preciso identificar las opiniones líderes de la comunidad en estudio e incorporarlas como agentes de cambio introduciéndolas en la red de comunicación.

Además, la teoría de difusión de innovaciones desarrolla una clasificación de las tasas de adopción de acuerdo a una serie de características psicológicas y sociológicas de receptores. Los receptores, de acuerdo a sus grados de adopción, están divididos en innovadores, adoptadores tempranos, adoptadores tardíos y 'reticentes'. En breve, éstas son categorías que identifican el nivel de comunicación interpersonal introducida en el proceso de persuasión. Al describir más adelante algunas campañas de comunicación social, veremos cómo el uso de la opinión de los líderes es fundamental en proyectos que aspiran tanto a lograr cambios como mantención de cambios a nivel de comportamientos complejos. Los cambios conductuales en el área de salud son generalmente complejos, ya que implican modificaciones en el estilo de vida de los individuos, ya sean cambios en los hábitos alimenticios, cambios de un ritmo de vida sedentario a uno más activo, abandono de hábito como fumar, etc.

4. Inoculación Social

La teoría de inoculación de McGuire se basa en una analogía con el proceso de crear resistencia biológica a una enfermedad. Esta teoría está basada en la resistencia a la presión social para conductas dañinas —fumar, uso de drogas y otras—. McGuire sostiene que actitudes o conductas saludables pueden ser amenazadas por una falta de práctica en defender tal conducta, falta de argumentos para contrarrestar opiniones contrarias en tal sentido. El modelamiento de conducta propuesto por Bandura como un modo efectivo de cambio conductual consiste frecuentemente en la representación de situaciones de inoculación. El proceso usado para inocular al individuo consiste en presentar argumentos que apoyan la conducta deseada, seguida por una presentación de argumentos usados

para promover la conducta no deseada, seguida a su vez por respuestas rebatiendo tales argumentos.

5. Matriz de Persuasión Social

Mc Guire además tiene el mérito de haber desarrollado una matriz de persuasión para campañas de comunicación social en el área de salud. Esta matriz incorpora una lista de elementos que pueden ser chequeados al planear, implementar o evaluar estrategias de comunicación en un programa de salud pública. Las variables incorporadas a la matriz son un producto de las perspectivas revisadas anteriormente

Mencionaremos en forma *breve* algunos elementos de esta matriz persuasiva, que relaciona una serie de variables independientes con una serie de variables dependientes que corresponden al efecto que la campaña aspira lograr.

Las variables independientes y dependientes de la matriz provienen de las cinco preguntas del proceso de comunicación "¿Quién, dice qué, a través de qué canal, a quién y con qué efecto?". O sea, Mc Guire analiza las condiciones que deben tener el emisor, el mensaje, el medio de comunicación y la audiencia para maximizar el efecto persuasivo o el tipo de impacto que se pretende lograr

Si nos interesa, por ejemplo, presentar la relación entre la conducta de fumar y las enfermedades al corazón, la estrella de cine probablemente será menos eficaz que un señor de edad madura, aspecto distinguido, delantal blanco y estetoscopio a la vista, o sea, un doctor. En este caso también es quizás más efectivo hacer que el doctor reconozca los efectos positivos que tiene el cigarrillo sobre el individuo (como elemento de relax o social), al mismo tiempo que presente fuertemente los elementos negativos.

En otras palabras, al referirse a la selección del emisor Mc Guire destaca la relevancia de elementos tales como credibilidad, atractivo y poder del emisor para el impacto de una campaña. Al referirse al mensaje Mc Guire se plantea interrogantes de cómo organizar los mensajes para maximizar el impacto ¿Es mejor defender una posición e ignorar los argumentos contrarios, o es mejor presentar ambas posturas? ¿Es conveniente presentar la conclusión deseada o es mejor que el receptor llegue a sus propias conclusiones? ¿Es mejor presentar los argumentos positivos primero y los negativos después o viceversa? ¿Qué tipo de motivaciones es conveniente utilizar? Asimismo, Mc Guire discute factores asociados al tipo de canales de comunicación a ser utilizados y a factores de segmentación de la audiencia.

Estas variables independientes están asociadas en una matriz persuasiva con un solo variables dependientes que corresponden al efecto que se desea lograr.

Las variables dependientes corresponden a lograr la:

1. Atención al material presentado.
2. Comprensión de los contenidos.
3. Aceptación de los contenidos propuestos.
4. Mantención de tal acuerdo de aceptación.
5. Acción en base a tal acuerdo.

Esta categorización de variables dependientes es útil para clasificar inicialmente en cuál de estas etapas están nuestras poblaciones objetivo y diseñar en consecuencia estrategias de comunicación apropiadas.

Esta matriz es por supuesto una simplificación de los elementos intervinientes en el proceso comunicativo, pero provee una lista útil en la planeación, implementación y evaluación de campañas.

La aplicación de conceptos de Psicología en tres campañas de la Educación Pública para la Salud

1. Comunicación Masiva y Campaña de Prevención del Tabaquismo

El problema con el tabaco es que es una conducta compleja de modificar y está insertada en un background social que opera en contra de los esfuerzos para prevenirla. Los enfoques teóricos mencionados proveen una infraestructura para entender la adopción de conductas como el tabaquismo. El problema con la conducta de fumar es que es un comportamiento complejo de modificar y está inmerso en un medio social que atenta en contra del éxito de los esfuerzos de prevención y abandono de esta conducta. A pesar del hecho de que maneras eficaces para prevenir el tabaco no han sido encontradas, la mayoría de los investigadores de este campo llegan a la conclusión de que el concepto derivado de una teoría de aprendizaje social parece ser la más prometedora en relación al problema del cigarrillo.

Los conceptos de aprendizaje social se han tratado de concentrar en:

1. reducir la probabilidad de que se dé el comportamiento de fumar;
2. aumentar la probabilidad de comportamientos alternativos.

Conductas como la de fumar tienden a originarse como imitación a figuras modelo, o sea, como imitación a gente atractiva e importante para el individuo. Los adoptadores tempranos (para usar la terminología de difusión de innovaciones) son generalmente influenciados por observación de padres, personajes, modelos de los medios de comunicación u otros personajes significativos. La iniciación de conducta de fumar es reforzada por la aprobación del grupo y por la propaganda de los medios de comunicación que inundan el medio ambiente. Fumar simboliza una conducta atrevida y madura para el adolescente que se inicia. Una vez que ha comenzado a fumar la dependencia que el cigarrillo provoca se encarga de que este comportamiento sea mantenido después que haya perdido el atractivo social que lo inició.

La Escuela de Salud Pública de Harvard, en conjunto con el Proyecto de Prevención de Enfermedades al Corazón de la Universidad de Stanford, ha desarrollado estrategias socio-psicológicas preventivas para contrarrestar las influencias que conducen a los adolescentes a iniciar conductas de fumar. Estas estrategias en parte están basadas en la teoría de 'inoculación' contra agentes en el ambiente que son nocivos para la salud. Si queremos que el individuo resista la equivalencia social a 'gérmenes infecciosos', podemos exponer al individuo a una pequeña dosis de esos gérmenes, con el objeto de desarrollar 'anticuerpos' (o la capacidad para resistir la presión social que lleva a la adopción de conductas nocivas para la salud). Por ejemplo, si el adolescente corre el riesgo de ser llamado cobarde por rechazar un cigarrillo, el objetivo de la inoculación es el de prepararlo antes para poder manejar esta situación. Estrategias para esta preparación son tanto entrenamientos de asertividad de la personalidad en general como entrenamiento de respuestas concretas a tal situación. El entrenamiento puede incluir el preparar respuestas con anterioridad, tales como "Soy un cobarde si te hago caso y fumo" o mirar a un modelo que fuma y pensar: "Si fuera realmente capo no necesitaría fumar para probarlo". Este tipo de respuestas se pueden modelar a través de role playing en grupos de jóvenes dirigidos por un líder de opinión o a través de películas que modelen situaciones semejantes seguidas por discusión.

Para desarrollar un programa de prevención efectivo no sólo es necesario desarrollar las capacidades para responder a la presión so-

cial, sino que también es importante proveer al adolescente con compo-₁₂limentos alternativos.

Se han desarrollado muchos estudios en profundidad sobre la motivación para el uso de drogas y sobre conductas alternativas que satisfagan tales motivaciones. Generalmente, las alternativas desarrolladas se pueden sintetizar en estas categorías:

1. actividades físicas que implican un riesgo;
2. actividades que ayudan a controlar la tensión o manejo del stress,
3. alternativas relacionadas con el desarrollo de la autoestima y la propia identidad

En síntesis, el objetivo de estos programas es enseñar capacidades específicas a ambos niveles, masivo e interpersonal, enfatizando los aspectos conductuales. Por ejemplo, en vez de decir que el cigarrillo es dañino para la salud, los estudios enfatizan la realización de ejercicio (y enseñan ejercicios fáciles) u otras alternativas para eliminar la tensión. O, como prevención, estos programas muestran situaciones típicas donde el adolescente es tentado a fumar y se modelan conductas de rechazo de manera asertiva. En otras palabras, estos programas tratan de aceptar y entender las motivaciones profundas de por qué el individuo fuma y ellos proveen de conductas alternativas que responden a la misma motivación.

Los estudiantes de enseñanza media que estuvieron expuestos al aprendizaje social e intervención inocular de los investigadores de Salud Pública de Harvard demostraron menos probabilidad de comenzar a fumar que los estudiantes de escuelas controladas. Sin embargo, éste fue un efecto muy corto. Una vez terminado el experimento, muchos de los estudiantes en los colegios experimentales comenzaron a fumar, aunque el número entre ambos grupos de los colegios era menor. Esto sugiere que hay limitaciones severas en las estrategias de cambios conductuales que sólo aplican un enfoque puramente psicológico e individual. Tal vez sea necesaria una estrategia basada más en el medio social en que vive el individuo.

Es interesante observar cómo recientemente en los Estados Unidos la iniciación de la conducta de fumar está declinando. Este fenómeno se explica en gran medida por la existencia de un entorno social conducente contra la conducta de fumar. Este entorno incluye algunos de los siguientes factores.

- 1) la prohibición que existe desde 1971 de cualquier propaganda de cigarrillos tanto en radio como en televisión;
- 2) la reglamentación que cada cajetilla y cada propaganda impresa de cigarrillos incluya una etiqueta que informe sobre el hecho que fumar es nocivo para la salud,
- 3) el cambio ocurrido en los personajes-modelos de cine y televisión que una vez mostraron al héroe o heroína fumando como un signo de sofisticación han pasado actualmente a mostrar al villano de la película como el fumador;
- 4) reglamentos que dividen los lugares públicos, como restaurantes, teatros, aviones y buses, en área de fumadores y no fumadores. A nadie le gusta sentirse discriminado y estas separaciones son una señal constante de desaprobación para los que fuman y los que consideran fumar en el futuro;
- 5) finalmente, los medios de comunicación constantemente publican nuevos resultados de estudios que muestran la relación entre fumar y enfermedades al corazón, cáncer y otras enfermedades fatales.

Es así como vemos el nivel experimental individual de prevención y abandono del hábito de fumar que describimos anteriormente, unido a un entorno social que cada vez rechaza más la conducta de fumar, está dando resultados positivos en el control del fenómeno en los Estados Unidos.

2. Comunicación Masiva y el Alcoholismo

Un proyecto de 3 años para prevenir el alcoholismo fue realizado en la Universidad de California, Berkeley. El objetivo fue reducir el consumo de alcohol y los problemas que se crean a causa de su consumo.

Un grupo de comunidades recibió una serie de mensajes a través de los medios masivos y otro grupo de comunidades fue seleccionado como grupo de control y no fue expuesto a la campaña. Se anticipó como resultado de la campaña que se produciría un aumento del nivel de conciencia, preocupación y conocimiento sobre los peligros del consumo excesivo de alcohol y del alcoholismo. También se esperaba que hubiera un cambio de actitudes y cambios conductuales de reducción del consumo de alcohol.

Los materiales desarrollados para la comunicación fueron basados en un tema positivo. "Los Ganadores Abandonan el Alcohol mien-

tras aún "Ganadores". Un segundo tema: "Cuidado: el Exceso de Alcohol puede ser Dañino para su Salud y su Felicidad", fue abandonado tras el primer año, pues la evaluación formativa mostró que el tema positivo era más efectivo.

El primer tema, "Personas Exitosas", promueve moderación en el consumo de alcohol, relacionando esta moderación con recompensas tales como un aumento de la autoestima y de la aceptación de los compañeros. Spots y mensajes de servicio público fueron diseñados y diseminados a través de la radio, televisión, avisos en carreteras y afiches en buses.

Los mensajes publicitarios identificaron las situaciones sociales, las situaciones de tensión y las situaciones de desempleo como los contextos más probables en los cuales el individuo hace uso de alcohol y desarrollaron spots de televisión sobre estas situaciones.

Los resultados de esta campaña demostraron desde el comienzo la dificultad que había en lograr la meta propuesta. Las actitudes y conductas que favorecen el consumo de alcohol son muy poderosas y difíciles de combatir. El ingerir alcohol es apoyado por muchas instituciones y costumbres sociales. Un programa de prevención, además, se encuentra en franca desventaja económica en relación a las compañías de alcohol, que virtualmente saturan el mercado con sofisticada propaganda pro-consumo de alcohol.

Otra dificultad era que los mensajes de la campaña a menudo no eran entendidos por la audiencia. De hecho durante el primer año, varios de los spots publicitarios fueron decodificados como pro-consumo de alcohol, en vez de pro-moderación del consumo de éste. Por ejemplo, uno de los spots mostraba a una pareja en un restaurant, comiendo y conversando animadamente. Se podía ver que habían estado tomando (sus copas casi vacías). El hombre trata de llenar la copa de la mujer y ella pone su mano sobre ésta, impidiendo así la acción del joven. Los dos continúan conversando y riendo animadamente. El propósito del mensaje era el de modelar la conducta para rehusar una segunda copa, o sea, que se puede seguir teniendo una velada agradable aun cuando se rechaza una copa que sería un exceso. Este mensaje fue decodificado como pro-alcohol por un 44% de la muestra, quienes lo confundieron con una propaganda de algún vino.

Afortunadamente, gracias a la evaluación formativa llevada a cabo durante la campaña, este problema se pudo remediar. Sin embargo, la campaña fue un éxito dudoso. La evaluación final encontró que un 80% de la muestra reconoció y se acordó del slogan de la

campana, y que el mensaje fue interpretado correctamente por un 70% de la muestra. Pero cambios de actitud o conducta no fueron obtenidos. En otras palabras, ni los modelos para beber ni las intenciones para beber redujeron significativamente.

Es preciso agregar que el entorno social, a diferencia de la conducta de fumar, con el alcohol no ha alcanzado el grado negativo como lo ha hecho el fumar. Un análisis de contenido de programas nacionales de televisión exhibidos en horas de máxima audiencia demostraron que el número de situaciones en las que personas son mostradas bebiendo alcohol no refleja la situación real de consumo. En la realidad, las bebidas alcohólicas ocupan el cuarto lugar de consumo, después del agua, café y té y bebidas gaseosas. En la televisión el consumo de bebidas alcohólicas está en primer lugar, seguidas por el café, bebidas gaseosas y el agua. Por otra parte, no existen sanciones sociales que inhiban el consumo de alcohol, en contraste con el gran disgusto por el consumo de tabaco y la bien establecida creencia de que fumar es dañino para la salud. El caso contrario es la norma. Para muchas personas el alcohol es casi una condición necesaria en cualquier interacción social, ya sea en negocios, placer o viajes. Finalmente, el consumo de alcohol moderado es a menudo considerado bueno y tal vez sea un beneficio para la salud.

3. Comunicación Masiva y Prevención de las Enfermedades del Corazón

Finalmente, veremos un proyecto de comunicación masiva que usó una variedad de métodos para lograr cambios conductuales, actitudinales y de conocimiento en comunidades enteras. Programa de Prevención de Enfermedades al Corazón de la Universidad de Stanford. Este programa es uno de los esfuerzos de investigación más grandes que se han hecho en el área de medicina preventiva en los Estados Unidos.

El estudio parte de la premisa que la mayoría de las muertes o incidentes que casi provocan la muerte por ataques al corazón prematuros podrían prevenirse si se modificaran los hábitos de vida de la gente, o sea, si se modifican una serie de conductas de la vida cotidiana. Según la Asociación Americana del Corazón el consumo de cigarrillos, el exceso de ciertos alimentos (especialmente aquellos con alto contenido de grasas, colesterol, sal y azúcar), el exceso de peso, la falta de actividad física, la presión sanguínea alta y la tensión son factores que aumentan el riesgo de los ataques al corazón, pero que pueden ser controlados.

La primera etapa de este proyecto comenzó en 1972 y se completó en 1978. Esta etapa, llamada "El Estudio de Tres Comunidades", demostró que la gente puede ser motivada a cambiar sus hábitos de salud por medio de información diseminada a través de los medios de comunicación combinado con estrategias de comunicación interpersonal. Residentes de dos pequeños pueblos de California fueron seleccionados como las comunidades experimentales, fueron expuestos continuamente a información sobre enfermedades al corazón y sobre métodos para cambiar conductas pertinentes. Esta información fue distribuida a través de diarios, radio, televisión, afiches, calendarios y material impreso enviado por correo a domicilio. Una de las dos comunidades experimentales recibió además entrenamiento interpersonal intensivo para un grupo de personas considerados de alto riesgo. La comunidad control no recibió ningún tipo de información. A través de todo el estudio se controlaron los factores de riesgo de la población en las tres comunidades en estudio.

Los resultados de esta primera etapa mostraron cambios positivos en las comunidades experimentales en relación a la comunidad de control. Las comunidades experimentales lograron una reducción de un 20% en el índice de riesgo total en comparación con la población control (Este índice incluye cambios en la presión sanguínea, obesidad, niveles de colesterol, consumo de grasas y hábitos de fumar). Los cambios de conducta fueron significativamente mayores para la comunidad experimental en donde se combinó medios de comunicación con instrucción interpersonal.

Cambios en conductas alimenticias fueron muy significativos. Reducción de consumo de huevos, por ejemplo, alcanzó un 44% en la comunidad que usó una combinación de medios masivos e interpersonales y un 33% en la otra comunidad experimental versus un 16% en la comunidad control. Reducciones dramáticas en consumo de colesterol también fueron obtenidas. En general, cambios en conductas alimenticias fueron mucho más exitosos que cambios en conductas de fumar o hábitos de vida sedentaria.

La segunda etapa del proyecto (actualmente en curso en cinco ciudades) incluye la medición de los factores de riesgo evaluados en la primera etapa, como la detección de cambios en el número de ataques al corazón y cambios en mortalidad y morbilidad relacionadas con enfermedades al corazón. Cambios en los factores de riesgo de la población de estas comunidades, como también cambios en los porcentajes de ataques al corazón están siendo medidos. Esta segunda etapa del estudio añade la medición de las actuales enfermedades al corazón y muertes por enfermedades al corazón durante el período de cinco años a la medición de cambios en facto-

res de riesgo obtenidos solamente en el estudio de tres años. Este estudio fue iniciado en 1980 y continuará hasta 1986.

La estrategia de comunicación utilizada en esta etapa incluye una campaña multi-media mucho más fuerte que la del primer estudio. Los medios de comunicación utilizados incluían mensajes de servicio a la comunidad a través de la T.V. y radio, artículos semanales publicados en diarios locales, frecuentes programas documentales de televisión, libros y panfletos. El estudio de las cinco comunidades incorpora también un fuerte componente de comunicación interpersonal, llevado a cabo a través de la participación de organizaciones comunitarias y de profesionales de salud. El aspecto de comunicación interpersonal enfatiza el entrenamiento de capacidades (por ej. cómo combatir la tensión). El proyecto ha estimulado la introducción de cambios a nivel institucional (Por ej.: cursos para dejar de fumar en industrias, cursos sobre control de peso en diferentes locales de las comunidades. Además, un especialista en educación de la salud ha sido contratado para coordinar y promover programas de prevención de uso de cigarrillos y programas de educación nutricional en colegios de enseñanza media).

Se espera que el proyecto cree en las comunidades un clima de opinión que:

1. estimule a la gente a pensar positivamente respecto a su salud;
2. provea un programa que detalle el proceso para efectuar los cambios conductuales específicos en el tipo de dieta y el estilo de vida.

La participación de la comunidad es importante para continuar el programa educacional después que el estudio termine. Un objetivo importante del Proyecto de Stanford es el de mantener los cambios conductuales que se han logrado.

El Proyecto utiliza un modelo comunitario de intervención, es decir, tiene por objetivo lograr cambios conductuales en la población en el contexto donde las personas viven y no en un ambiente clínico. Pretende afectar una multiplicidad de factores que componen el entorno social de riesgo respecto a enfermedades al corazón. El Proyecto utiliza un enfoque de comunicación basado principalmente en la teoría de aprendizaje social de Bandura para lograr cambios conductuales utilizando medios masivos, organizaciones comunitarias y relaciones interpersonales. Respecto a la utilización del modelo de Bandura se puede decir que la enseñanza de capacidades útiles para el individuo para la modificación y control de su

propia conducta, sirvió como base al diseño de las estrategias de comunicación masiva e interpersonal del Proyecto de Stanford. La teoría de Bandura permite la enseñanza de capacidades a través de modelos conductuales por medio de sistemas auditivos (como radio y cassettes), sistemas visuales (como diapositivas, panfletos, avisos en carreteras, afiches, etc) y sistemas audio-visuales (como películas y T.V). Por ejemplo, una escena que muestra a una familia en un picnic puede sugerir a través de las imágenes el tipo de alimentos que se debe llevar en una canasta de picnic cuando se preparan a ir a uno.

La aplicabilidad de la teoría de aprendizaje social al diseño de mensajes de comunicación masiva posibilita, al menos potencialmente, el diseño de campañas de cambio conductual a nivel comunitario. Es cierto que el enfoque de Bandura alcanza su máxima efectividad en situaciones de entrenamiento interpersonal; el costo de tales situaciones es tan alto que hace impensable una intervención de cambio conductual a nivel de comunidades enteras. El Proyecto de Stanford demuestra que ciertos cambios conductuales, especialmente si son simples, son posibles de lograr a través de los medios de comunicación. Por ejemplo, cambios significativos en la dieta alimenticia fue un resultado positivo debido principalmente a la campaña de comunicación masiva. Uno de los problemas con el uso de medios de comunicación para lograr cambios conductuales, tales como el abandono del hábito de fumar o cambiar un estilo de vida sedentario por uno activo, es que estos cambios implican la modificación de conductas habituales y complejas. La adquisición de capacidades para cambiar conductas complejas es más probable cuando puede haber un feedback permanente sobre los resultados de la práctica de nuevas conductas. Aunque la naturaleza de los medios de comunicación no posibilita un feedback inmediato, puede proveer el modelamiento inicial así como puede estimular el desarrollo de organizaciones comunitarias y sistemas de apoyo necesarios para la existencia de una práctica individual supervisada.

Una importante limitación de los medios de comunicación como un instrumento de cambio proviene de la naturaleza misma de los medios no hay oportunidad para la participación activa de la audiencia o un feedback inmediato. Los estudios muestran consistentemente que la participación activa del receptor en un proceso interactivo es mucho más efectiva para lograr y mantener objetivos educacionales (ya sean cambios de actitud o de conducta) que un rol pasivo. La utilización de organizaciones comunitarias y la maximización de comunicaciones interpersonales son maneras en las que campañas de comunicación social pueden aumentar su efecti-

vidad de manera significativa, además de proveer a los individuos el apoyo necesario para mantener las nuevas conductas.

Esto puede ser apreciado en el Proyecto de Stanford. Otra manera de maximizar el impacto de la comunicación social es logrando una colaboración más estrecha entre los productores e investigadores durante la planificación, implementación y evaluación de las campañas. Dada la imposibilidad de un feedback inmediato de parte del receptor, durante la campaña es fundamental una evaluación formativa para proveer este feedback, para poder así redefinir los mensajes y objetivos de la campaña. Un enfoque de investigación longitudinal es también necesario para evaluar la mantención de los resultados.

Otra limitación de las campañas de comunicación social es que operan ignorando o compitiendo con el entorno social del individuo. Ignorando el entorno social se refiere al hecho de que muchas de estas campañas que toman al individuo como el objeto de cambio no se preocupan de las características socioeconómicas, culturales y ambientales que lo rodean. El entorno social se mantiene inalterable y no apoya al cambio conductual de los individuos.

Al decir en competencia con el ambiente, me refiero al hecho de que estas campañas operan frecuentemente en situaciones de desventaja con respecto a aquellas que promueven las conductas consideradas como nocivas. Una campaña de salud es un hecho aislado y puntual con respecto a una corriente continua de propaganda que cuenta con recursos económicos y una infraestructura que es mucho más poderosa que la de la campaña en cuestión. Por esta razón es que sólo en un contexto favorable para cambios conductuales uno puede aspirar a resultados significativos.

Comunicación y Participación de la Comunidad en Programas Sociales

Jorge Fernández C., Oficial de
Información - Coordinador de
Programas - Oficina de UNICEF
para Argentina, Chile y Uruguay

Nos hemos reunido para compartir una inquietud común: cómo lograr que el desarrollo de bienestar llegue a la totalidad de la población. Especialmente, cómo se consigue que los pobres, los tradicionalmente marginados, los niños y las mujeres, se beneficien realmente de los avances logrados, y cómo evitamos que sean exclusivamente los que paguen la cuenta en los momentos de crisis.

Para nosotros la persona humana es el fin del desarrollo y la eficacia del desarrollo se mide por su capacidad para satisfacer las necesidades humanas.

Concebimos un modelo de desarrollo que contextualice las necesidades básicas de su comunidad. De toda ella, pasando por todas las estratificaciones socio-culturales en un espacio y tiempo determinado; puesto que las necesidades básicas son imposterables. No se puede concebir un modelo de desarrollo que pretenda —bajo un supuesto teórico— alcanzar en forma secuencial ciertas metas que nada tienen que ver con un aquí y ahora humanos.

Así entendido, surge un elemento clave que constituye nuestro parámetro básico: la calidad de vida.

No se trata ya de medir el desarrollo sólo en términos de progreso material y económico, en la esperanza (que ha probado ser utópica) de que el enriquecimiento material y tecnológico ha de traducirse en mejores condiciones de vida para todo el hombre, y todos los hombres. No podemos seguir esperando que funcione el efecto de desborde automático que teóricamente se produciría al aumentar el desarrollo material. Los beneficios económicos sociales no han alcanzado a todas las capas que componen la sociedad. En cambio, los efectos de la crisis han afectado especialmente a los que viven en pobreza crítica.

Un estudio de UNICEF sobre el Impacto de la Recesión Mundial sobre la Infancia, revela algo de la cadena de miserias que provocan las crisis económicas, cadenas cuyos últimos eslabones están conformados por la infancia más pobre.

RESEARCH

A COMPARATIVE REVIEW OF AVAILABLE LITERATURE DEALING WITH THE PREPARATION OF VISUALS

*MARILYNE BACKLUND GUSTAFSON**

Clarke (1982), in his writing for illustrators of health education material geared towards developing countries, makes reference to issues of concern to such illustrators. He recommends that the work of Fuglesang (1973) would be an appropriate starting place to provide information about visual literacy. This article reviews some of the health education (including nutrition education) resources which could contribute to the production of clearer illustrations.

Information on the theory of preparing visuals generally appears in textbooks and in other publications found in school, college and university libraries. Journals such as: Audiovisual Communication Review (AVCR), Audiovisual, Instruction, and Education Media are examples. Also, articles on theory can be found in the periodicals such as the Harvard Education Review, International Journal of Psychology, Perceptual and Motor Skills, and Education Communication and Technology (ECTJ).

Specific textbooks on the preparation and use of audiovisual materials have been in existence for some time and

*Marilyne Gustafson, Ph.D., R.N., University of Minnesota,
U.S.A.

names such as Dale (1969) are well known. These books were often used as textbooks for students in elementary and secondary education courses and workshops for agricultural education. Some of the principles of preparing visuals include such things as clarity of the message, size of the materials, use of colour and use of words.

These principles apply to visuals prepared for both developing and developed nations. In recent times books have appeared which address the needs specific to developing nations where there may be limited resources, limited preparation of teachers, and limited equipment and technologies.

When Schramm (1977) discusses media, he suggests the following breakdown:

1. First-generation media are those that require no machine or electronic devices (such as models, charts, pictures, and graphs);
2. Second-generation media require a machine such as a printing press and refer to text-books and other books;
3. Third-generation media include photographs, slides, radios, etc., that depend on the machine for communication; and
4. Fourth-generation media refer to programmed instruction, and computers - or the need for the student and the machine to communicate with each other.

Several British writers refer to first-generation media as non-electric methods. Since much of the developing world do not have the technology and resources of those in the fourth and the third media generation, the media primarily referred to in this paper will be first and second-generation media.

Gueulette's (1979) article suggests that the United States might follow the example of the developing nations in discovering that less expensive, widely available media are among the most effective teaching tools. This may seem to be a reversal, in light of recent developments in the field of educational technology when the United States increasingly became a center for both the use and exportation of sophisticated and capital-intensive new teaching equipment.

With these definitions and ideas of media, the author wondered what print resources would be helpful to health workers in a third-world setting that would assist in emphasizing the expansion and extensive use of first and second-generation media. In addition, what help is available to those wishing to prepare and use effectively low-cost materials such as models, exhibits, charts, comic books, and pictures?

The translation of the theory visuals into practical materials is available in a variety of books, booklets, manuals and pamphlets. For this paper, the author selected some of the materials that would be available because they were either:

1. General texts on the preparation and use of visuals;
2. Part of a medical/health text for developing countries; and/or
3. Specifically prepared for international communication.

Most of the 18 "books", contained only a minimum of theory. Practical suggestions on "how to" and simple instructions on obtaining and using locally available materials (or materials that could be substituted) comprised the majority of the books.

Whenever the author came upon a book review about health teaching in developing countries and particularly about the use of visuals, these were searched for and/or purchased. It can be seen from this approach to locating source materials, that their

availability is considered to be of high importance. How readily available would relevant material be to someone with limited access to reviews of new books, limited time to locate those they were interested in, and/or limited funds to purchase.

Generally, book reviews and book suggestions appeared in journals and newsletters of international agencies concerned with development. Most of these sources in health education were noted to be relatively recent, although some books from the 1960s were still being reprinted and were good resource materials.

COMPARISONS OF CATEGORIES

The books reviewed were grouped into three categories mentioned above and expanded to the following:

1. General books on health education and visual communication;
2. Sections on visuals in textbooks of medical/health care in developing countries; and
3. Other publications that were specific to international education and international communication, and/or were specific to one aspect of health teaching such as nutrition education.

Using these three divisions, the author reviewed and compared books in these three categories. Included in the information about each "book"* are the title, author, year of publication, description, purpose and/or intended audience, uniqueness of the material, source, cost and a brief evaluation. The intent in reviewing in this way was to:

*Book is defined broadly to include booklets, pamphlets, manuals, practical materials, and guides.

1. Provide comparative information about materials that might be available in the libraries of international agencies for those individuals interested in this aspect of international development and communication.
2. To give some indication of usual sources to purchase those that were inexpensive and more of a handy nature.

Ideally, all of those texts would form an excellent reference section, but it is doubtful that an individual would own many of them. Also, there is obviously some overlap.

The table comparing each category is presented and briefly discussed. General texts appear in Table 1.

Since these books are of a general nature, they may be some of the best overall sources. Many of these are either free or inexpensive.

Table 2 refers to sections on the preparation of visuals in which there are medical/health texts. Perhaps health workers have seen these texts and used them in relation to their primary content areas while not being aware that they contain sections on effective use of visuals for developing countries.

TABLE 1: GENERAL TEXTS - HEALTH EDUCATION AND VISUAL COMMUNICATIONS

AUTHOR/TITLE/YEAR DESCRIPTION	PURPOSE	INTENDED AUDIENCE	UNIQUENESS	SOURCE	COST	EVALUATION
Helmes, Alan. Health Education in Developing Countries, 1964. Book (Sections on visual aids)	Why and how to of health education	Developing countries	Specific to areas with limited funds and materials	Publisher Libraries	-	Practical strategies Includes how to
Visuals Aids, A Guide for Peace Corps Volunteers 1977. Booklet 60+ pages	Practical guide for various visuals aids	Peace Corps volunteers geared to developing countries	Contains ideas that have been tried	Peace Corps Washington, D. C.	Free	Practical Some ratio- nale and examples
Pett, Dennis W. Audio-Visual Communication Handbook. Book 125 pages	Planning, using, presenting and writing	Various indi- vidual and groups in development	Practical, simple, with some "Why" Valuable appendix Peace Corp input	World Neighbors Okla	\$4.50	Very con- cise, thorough, wide variety
Saunders, Denys Visual Communication Handbook 1979. Book 128 pages	Assist health workers in rural areas	Rural areas. Those with limited funds	Techniques of using visual materials and with limited supply materials	TALC London	2.75 (Brit. pound)	Based on practical experience and use
Scotney, Norman. Health Education, A Manual for Medical Assistance and other rural health Workers 1976. Book 141 pages	Assist rural workers to understand how to plan health education	Medical asst. and any other health workers in developing countries	Author is an expert, useful variety of health workers Visual aids only one part	Africa Med. and Research Foundation Kenya	\$4.50 (inc. postage)	Practical Concise, Jargon-free
Vella, Jane K. Visual Aids for Non-formal Education 1979. Booklet 43 pages	Inexpensive visuals in non-formal education	Rural, third world use by field workers	Objects, charts, pictures, and models	Center International Education. U. of Mass	\$2.00	Practical these 4 visuals
Visuals for Villagers AID. Booklet 70 pages (Old book still useful)	Primarily simple visuals, not projected	Village workers to use with rural people	Useful these preparing their own visuals with little knowl- edge, skill or equipment	AID Washington, D. C.	\$2.00	Useful for those with limitations listed earlier
Werner, D. & B. Bower. Helping Health Workers Learn 1982. Book 632 pages	Health education workers	Instructors at village level	Methods, aids, ideas have been field tested	Mesperian Foundation	\$8.00	Exceptionally valuable reference

TABLE 2: MEDICAL/HEALTH TEXTS (WITH SECTIONS ON VISUALS)

AUTHOR/TITLE/YEAR DESCRIPTION	PURPOSE	INTENDED AUDIENCE	UNIQUENESS	SOURCE	COST	EVALUATION
French, Arthur in King, Medical Care in Develop- ing countries 1966. Book, Chapter 27	Brief section rules and use of some aids	physicians preparing other workers	Brief inc- lusion in medical care text	Bookstore Library	\$7.50	Brief, but a start
Jelliffe, D.B. Infant Nutri- tion in the Subtropics and Tropics 1968. Book, Chapter 6-7	Philosophy and methods nutrition education	Anyone concerned with nutrition in tropics	Author has had wide experience	WHO Libraries Bookstore	~	Excellent ideas
King, M. et al Nutrition for Developing Countries 1972. Book, unpagged	Aids and how to use them	Nutrition workers in deve- loping countries	Nutrition education a part of nutrition plans	Libraries Bookstore	\$15.00	Excellent source ideas
Morley, David Paediatric Priorities in the Develop- ing World 1973. Book, 470 pages	Brief inclu- sion standard teaching methods	Physi- cians, nurses	Suggests what is effective	Bookstore	\$ 9.00	Brief, basic teaching method
Werner, David Where There is No Doctor 1977. Book. 403 pages	Village health care handbook	Desinged workers in deve- loping countries	Available in Eng- lish, French, Spanish, Portugese, Swahili, Thai, Indo- nesian, Hindi and other lan- guages	Mesperian Found. CA	\$ 5.00	Very valuable and simple instruc- tions and pictures

The third category of books compares a few books which are specific to the field of international education and appropriate communication of ideas in countries where there is a concern for both verbal and visual literacy.

TABLE 3: SPECIFIC TO INTERNATIONAL EDUCATION AND COMMUNICATION

AUTHOR/TITLE/YEAR DESCRIPTION	PURPOSE	INTENDED AUDIENCE	UNIQUENESS	SOURCE	COST	EVALUATION
Helmes, Alan C. Visual Aids in Nutrition Educa- tion 1986. Book 154 pages (4th printing) 1st- 1986	Nutrition Education	Developing countries	Variety of methods- many sim- ple and inexpen- sive	FAO of UN (See WHO)	-	Practical Both why and how to
Jarmul, David Plain Talk, Clear Commu- nication for International Development 1981. Book 70 pages	Anyone communi- cating verbally or vis- ually	Developing nations	Rules, sugges- tions, ways to clarify	VITA Maryland	\$4.95	Wide variety of sugges- tions for verbal and some on graphics
Minett, Nancy Health Education Small Talks 1979. Book 173 pages	Indivi- duals and small groups	African Non- schooled men and women	Blocked out photo- graphs Field tested Sierra Leone	TALC London	1.00 (Brit. pound)	Questions for discus- sions also Research shown them change behavior
Minor, Ed. Hand- book for Prepar- ing Visual Media 1978. Book 163 pages	Anyone prepar- ing vis- ual media	Visual communi- cators Develop- ing & developed	Includes wide var- iety of methods, ideas	McGraw- Hill	\$9.95	Very the- rough and useful book, includes more than the simple methods
McBean, George, N. Kaggwa and J. Bugembe (No date) Book	Develop- workers	Artists	Ideas from several countries	Afrolit Society Nairobi, Kenya	\$3.50	Workshop participants from deve- loping countries

SUMMARY

In summary, to those with limited personal libraries, limited access to other libraries, and limited reviews of what is available it would appear that the theory of using visuals is variously applied in books which are primarily of a practical, "how to" nature. Further, those seeking assistance in preparing visual materials for developing countries might do well to personally evaluate those materials and select a few as reference books.

If the author were to recommend, she would begin with those in Table 1 because of their general nature. More specifically, the new book by Werner and Bower is very practical, comprehensive,

and timely. If only one source is available, this one book combines material found in many of the others.

Course work or workshops in preparing visuals would be very useful for health and development workers, but if these options are not available, this brief look at 18 sources indicates that there are some good references to assist the nutrition teacher in the preparation of effective illustrations. Some of these sources may be found on the bookshelves to which you have access. Perhaps you may wish to look for them.

REFERENCES

1. Clarke, W.D. "Art for Education's Sake". Journal of Audiovisual Media in Medicine. (5) 56-57: 1982.
2. Courtejoie, J., and Nerman, F. Producing Visual Aids in Central Africa. International Journal of Health Education, (8) 174-178: 1965.
3. Dale, E. Audiovisual Methods in Teaching, 3rd Edition, New York: Holt and Winston, 1969.
4. Fuglesang, A. Applied Communication in Developing Countries: Ideas and Observations. Uppsala, Sweden: Dag Hammerskjold Foundation, 1973.
5. Gregor, A. and Dowling, M.C.A. Teaching and Learning. World Health, 14-12: January 1978.
6. Grooper, G.L. Learning from Visuals: Some Behavioural Considerations. Audiovisual Communication Review, (14) 37-69: 1966.
7. Gueulette, D. What Can We Learn from the Developing Countries? Audiovisual Instruction, (24) 22-23: 1979.
8. McBean, G. The Marasbit Experiment. Visual Education, 227-28: October 1978.
9. Schramm, W. Big Media; Little Media: Tools and Technologies for Instruction. Beverly Hills: California, 1977.
10. Sexton, T. Visual Materials: How much can we Communicate. International Journal of Health Education, (13) 88-89, 1970.

11. French, A. "Teaching and Teaching Aids" (Chpt. 27) in Maurice King, Medical Care in Developing Countries. London, Oxford: 1964.
12. Holmes, A. Health Education in Developing Countries. London: Thomas Nelson and Sons, 1964.
13. Holmes, A. Visual Aids in Nutrition Education. Rome, Italy: FAO, 1968
14. Jarmul, D. Plain Talk, Clear Communication for International Development. Mt. Rainier, Maryland: Volunteers in Technical Assistance, 1981.
15. Jellifee, D.B. Infant Nutrition in the Subtropics and Tropics, 2nd Edition. Geneva Switzerland: WHO, 1968.
16. King, M., King, F., Morley, D. et al. Nutrition for Developing Countries. London, Oxford, 10.1-10.13., 1972.
17. McBean, George, Kaggwa, N., and Bugembe, John. Illustrations for Development. Nairobi, Kenya: Afralit Society, 1980.
18. Minett, N. Health, Education Small Talks. Freetown, Sierra Leone: CARE, 1979.
19. Minor, E. Handbook for Preparing Visual Media, 2nd Edition. New York: McGraw-Hill, 1978.
20. Morley, D. Pediatric Priorities in the Developing World, London: Butterworths, 407-427, 1973.
21. Pett, D.W. Audio-visual Communication Handbook. Bloomington, Indiana: Audiovisual Center, University of Indiana.(N.D.)*
22. Saunders, D.J. Visual Communication Handbook: London. United Society for Christian Literature, 1979.
23. Scotney, N. Health Education, A Manual for Medical Assistants and other Rural Health Workers. Nairobi, Kenya: African Medical and Research Foundation, 1976.
24. Vella, J.K. Visual Aids for Nonformal Education. Amherst, Maryland: University of Massachuesetts, Center for International Education, 1979.

25. Visual Aids, A Guide for Peace Corps Volunteers. Washington, D.C.: Peace Corps Medical Program Division, Reprint Series, 2: 1977.
26. Visuals for Villagers. Washington, D.C.: Agency for International Development.
27. Werner, D. Where There is no Doctor. A Village Health Care Handbook. Palo Alto, California: Hesperian Foundation, 1977.
28. Werner, D. and Bower, B. Helping Health Workers Learn. Palo Alto, California: Hesperian Foundation, 1982. ▲

CAJANAQUOTE

"Simply put, the Media Targeting Formula is this: First, look into your community and beyond to spot the audiences you want to reach, based on your goals; Second, find the media they rely on; Third, spot the trends affecting them; Fourth, recognize any implications related to the issues, and fifth, deliver your message to the media in a creative format that meets their needs".

*Forecast For The Home
Economist, October 1987.*

~~~~~

~~~~~

GUIDELINES FOR PLANNERS AND DECISION-MAKERS IN THE USE OF MASS MEDIA IN FOOD AND NUTRITION PROGRAMMES*

The following guidelines were developed at a major regional communication and nutrition encounter in Jamaica in 1978. The recommendations remain very pertinent to planners and decision-makers in food and nutrition programmes. Accordingly they are reproduced as follows:

PROBLEM IDENTIFICATION

The identification of nutritional problems coupled with an in-depth analysis of those factors directly or indirectly responsible must precede the search for solutions. Since not all aspects of a problem or all problems can be solved at the same time, priority nutritional targets must be established.

COORDINATING PROGRAMME PLANNING

A mass media programme designed to achieve a stated nutritional objective should be conducted as a fully integrated communication exercise. Planning, control and coordination of programme activities should be conducted by an action-oriented official body, organized on a multi-disciplinary basis.

Considerable nutritional impact can be achieved if programme planning includes the support and active assistance of professionals from government and private sectors which are related to or involved in the broad field of food and nutrition.

*Adapted from the Use of Mass Media in Food and Nutrition Programmes: Guidelines for Planners and Decision-Makers, prepared and published by the Caribbean Food and Nutrition Institute, 1978.

The success and effectiveness of the programme will depend on establishing close collaboration between the communication media, agriculture, nutrition and health professionals, the food industry, public service organizations and government agencies.

The community also, should be involved to the fullest extent and the participation of local opinion leaders and community groups in the planning and implementation process actively encouraged.

Special considerations should be given to defining the roles of participants which could include the following:

Food and Nutritional Personnel

- Coordinate programmes and activities among different agencies involved.
- Simplify and standardize nutrition information.
- Coordinate nutrition information and nutrition communication strategies within and among groups.
- Provide mass media with technical guidance and supervision.
- Establish a screening committee to vet media programmes and materials with a food and nutrition component. An increased understanding of the role of mass media in nutrition improvement should also be generated on the part of food and nutrition professionals.

Government

- Give priority to issues related to food and nutrition in development planning.
- Provide adequate funds for food and nutrition programmes, including education/communication activities.
- Enact relevant legislation to curb irresponsible advertising and safeguard consumer interests.

- Support mass media efforts in relation to food and nutrition.

Private Sector

Food Industry

- Provide funds to support nutrition education projects through sponsoring competitions, subsidizing school-feeding programmes, etc.
- Plan feeding programmes for employees in accordance with nutritional objectives.

Food Advertisers

- Promote food products in a nutritional context. Caution is stressed that the content of the message should be developed by food and nutrition personnel rather than advertisers, although it is advisable that the advertisers should design the message.
- Conform to an acceptable code of ethics.
- Support mass media nutrition programmes through conducting audience surveys on media outreach and penetration, providing media skills, etc.
- Give financial assistance in food and nutrition advertising efforts.

Mass Media

- Provide media time and space, free or at reduced rates to nutrition education efforts.
- Provide expertise and skills in the development of nutrition education and communication programmes and materials.

Planners should pay particular attention to the urgent need for standardizing and coordinating nutrition information, both among food and nutrition professionals, and between these

professionals and other groups. Mechanisms to achieve this goal should be urgently implemented before any action programmes are initiated. The responsibility for standardizing this information would be assumed by food and nutrition experts.

Conflict in Goals and Policies

Planners should promote awareness and adoption of social and human considerations among all groups participating in a nutrition communication exercise.

Appropriate mechanisms for resolving conflicts and achieving fuller cooperation and coordination among groups should be implemented. Such mechanisms may include:

- Standardization, harmonization and simplification of nutrition content.
- Coordination of nutrition communication strategies.
- Responsiveness to and awareness of nutrition misinformation followed by appropriate action.
- Coordination of food and nutrition programmes (including communication programmes) within the framework of an overall national food and nutrition policy, administered by a Food and Nutrition Council and assigned to the central seat of power within the Government (the Cabinet).
- More technical meetings for groups participating in food and nutrition programmes, organized on a regional and sub-regional basis.
- Training in mass media skills for nutrition personnel.
- Sensitivity to nutrition education efforts on the part of media or broadcasting authorities.

DEFINITION AND ANALYSIS OF THE PROBLEM (RESEARCH)

Baseline Data Collection and Analysis

An important preliminary activity is the collection and analysis of basic background data on nutritional status, characteristics of the population and ecological, agricultural, sociological and other factors related to nutrition. The data could be collected from various sources, including nutrition field surveys, household surveys, hospital records, census figures, research studies as well as through simple questionnaires, informal discussions and observations. Particular attention should be paid to the sampling procedure and the data collected should be restricted to the minimum needed.

FORMULATION OF OBJECTIVES

Once the problem has been identified and analyzed, the plan of action should be proposed in accordance with clear, specific and measurable objectives. These should be consistent with overall nutritional goals and with the felt needs of the community. They should be stated in simple, concrete and precise terms defining exactly what the campaign wants to achieve.

Programmes designed both to resolve a nutritional problem and satisfy a felt need should have quantifiable rather than idealistic goals, a carefully scheduled beginning and a definite end.

IDENTIFICATION OF THE AUDIENCE

Communication programmes will be most effective if planning involves the collection of basic information on the individuals and groups to be influenced, and on the characteristics of the household. Such research will include an investigation into food consumption patterns, consumer and purchasing behaviour and food beliefs and habits.

Research should also be carried out to determine the patterns of reading, listening and viewing of the audience, including responsiveness to audio and visual symbols, adherence to an oral tradition and exposure to mass media. Messages should not be designed and disseminated without prior consideration of these factors.

Factors in the Selection of the Target Audience

Several factors may influence the choice of a particular population group as the focus of communication messages or the "target audience". Such factors may include priority nutritional goals and their solutions and the precise nature of the innovation proposed. These will indicate whether the target group selected is a particularly nutritionally vulnerable population group, such as pregnant and lactating mothers, or a group which may have direct or indirect influence on those whose nutrition status needs to be improved, for example babies' fathers. Groups which have responsibility for making policy decisions which will ultimately influence nutrition status, such as government officials, may also be selected as target audiences.

DESIGN AND DEVELOPMENT OF MESSAGES

Due care should be given to the formulation of a single communicable and acceptable concept which represents a valid solution to the nutritional problem, as determined by planners. Messages should be brief and to the point, clear, unequivocal and based on accurate nutrition information.

Content and Form of Messages

Messages should be designed in full awareness of social, psychological and physiological needs of the audience. These should be made explicit, in order that the highest possible degree of acceptance and action by the recipients may be assured. Traditional norms, customs and beliefs, religion, social

structure, sex, and other socio-cultural considerations must also be inputs into the selection of the form of the message. Local forms of language and vernacular, and musical styles such as reggae and calypso could be utilized. The rich cultural storehouse of myths, legends, songs and dances of the community should also be exploited where relevant.

Every effort should be made to pre-test each message to ensure its effectiveness and improve its impact. Criteria for pre-testing messages should be agreed upon by communicators and nutritionists. After the results of the pre-test exercise have been analyzed, the messages will be reviewed and if necessary, revisions and modifications made. Selection of messages should be based on the extent to which each message satisfied the criteria established for pre-testing.

In the application of these general principles governing the design of media messages, great variety and interest may be achieved if the potential of skilled and experienced communicators is harnessed. The communicator should, therefore, have final responsibility for the designing of the message. However, final approval and clearance must be given by the nutrition professional before messages are accepted for transmittal.

SELECTION OF MEDIA

The selection and application of effective and appropriate communication channels, techniques and strategies are fundamental to the successful implementation of a food and nutrition communication programme.

Manpower and Cost Accounting

Planners should carefully assess the human, financial and physical resource needs essential for the application of a particular strategy. Supplies, raw materials and maintenance facilities to support the technology to be used should also be

determined and expenditures on personnel, facilities, equipment and supplies carefully monitored. Logistic elements including transportation, administration and supervision are also essential considerations.

Planners should be aware of the rich variety of communication channels which may exist in both the rural and urban areas of a country, ranging from sophisticated technological mass media, (press, radio, television) to audiovisual media (slides, filmstrips), visual media (flannelgraph, simple graphics, photographs) and folk media (songs, drama, dance, puppet shows). Their use should be determined in relation to the needs and predispositions of the audience towards straightforward education or entertainment, as the case may be. Interpersonal face-to-face communication systems operating on a community basis often allow more intimate contact with recipients. These should be linked with mass media activity, e.g. press, radio, T.V., film, audiovisual media, advertising media and printed materials which will provide reinforcement and support for the messages relayed by more culturally-accepted means, e.g. public health nurse, community development officer, extension officer, school teacher.

Planners should make provision for maximum use of these community media resources in efforts aimed at alleviating problems perceived within the community by the people themselves.

Attention should be given to other relevant interventions such as the application of appropriate advertising techniques wherever their value is dictated by the requirements of the programme. Planners should recognize and carefully evaluate the potential value of different communication channels in ensuring that messages are relayed in a manner and through a medium to which recipients can respond.

Planners should devise concrete proposals for the use of each medium to be employed in the programme, indicating its precise method of operation, both independently of and in conjunction with other media. The choice of the most appropriate media in certain situations should be guided by a high degree of selectivity.

Planners should ensure that coordination exists among different media channels. Printed materials, which should be made available through an efficient distribution system must complement and support radio and television programmes and the efforts of interpersonal channels. The content of the message conveyed by each medium should be standardized by the nutrition authority.

RESEARCH AND EVALUATION

Reasons

Appropriate communication strategies cannot be formulated and implemented successfully without basic information about target audiences, available media resources, their capacities, credibility, what message treatments would be more effective, and what combination of communication resources, at what cost, would be most useful.

Planners cannot effectively plan for future communication programmes until they have some knowledge of the impact of their previous efforts. Research and evaluation together constitute a continuous process in communication. They show what communication accomplishes, what audiences remember from it, what effect it has on attitudes, values, habits and behaviour, and how effective are the media in relation to one another.

They also provide a reliable means of maintaining contact with recipients of the message and receiving feedback from them. Evaluation in which the audience actively participates cannot only guide the progress of the programme, but also strengthen involvement and motivation.

Methods

Research and evaluation techniques will range from audience feedback, and verbal pre- and post-testing, to more sophisticated research methods, all of which are essential for assessing whether or not the programme achieved its stated goals and objectives and whether these goals and objectives need modification.

Evaluation must be based on clearly established criteria agreed upon by both communicators and food and nutrition personnel, and should be incorporated into the entire programme from the pre-planning stage.

CAJANAQUOTE

"Health Promotion activities must embrace complementary methods of approach. Improved communications, education, social legislation, community participation are but a few of the avenues which must be fully explored in an ongoing effort to change life-styles. The key to success in any health promotion effort will rest on our ability to increase knowledge and to disseminate more widely information relating to health. Our people's behaviour can be strongly influenced if their choices are rooted in an adequate body of knowledge in the patterns of disease and factors affecting health. The use of epidemiological data must not be confined to health professionals but must extend to the average citizen so that he or she can be in a better position to make informed decisions about healthy living. The mass media, with their access to the new information technologies, must make a significant contribution in this regard".

**Hon. Bradford Taitt
Barbados Minister of
Health at the opening of
the Caribbean Health
Communication Roundtable.**

STRATEGIES IN THE USE OF RADIO*

Radio can be used in various ways to support social and economic development. These are referred to as strategies. Any of these strategies - or a combination of them - can be used in food and nutrition, and other radio programming for development. Ideally, they function as part of a broad-based communication effort that uses many communication channels, all reinforcing each other. These communication efforts, in turn, must be coordinated with service delivery. Radio strategies fall into three categories:

- Open broadcasts;
- Listening groups; and
- Campaigns

OPEN BROADCASTS

Open broadcasts are for unorganized audiences - whoever tunes in - and include almost all radio programmes. They can use many different formats. The cost per listener is lower than with other strategies because no field staff is required. Open broadcasts usually reach the largest audiences, which may cut across age, sex, and other lines. The fact that they can attract so many casual listeners of so many different types is a major advantage.

Open broadcasts have their limitations, however. The most popular and effective formats - serial dramas and music, for instance - require more sophisticated production skill and

*Adapted from *Population Reports, Series J, No. 32, September to October 1986, Population Information Programme, The John Hopkins University, U.S.A.*

equipment than other formats. Also, because the audience is dispersed and unorganized, it is difficult to reinforce open broadcasts with face-to-face contact.



LISTENING GROUPS

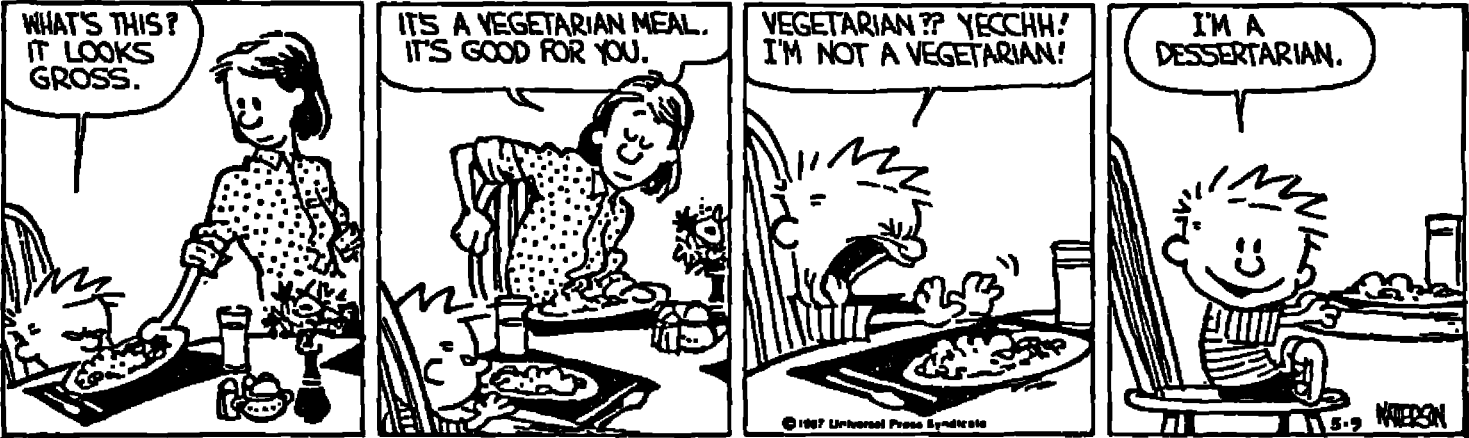
Listening groups are organized to listen to broadcasts prepared specifically for them - for example, children or adults gathered for formal instruction in schools or other community centres, rural opinion leaders hearing "radio farm forums", or adults gathered informally under the guidance of volunteers to learn literacy or other basic subjects. Listening groups provide opportunities for discussion and face-to-face reinforcement of new information skills. This helps people to learn more easily. The groups also can provide feedback to the originators of the radio programmes.

The main disadvantage of listening groups is that they require extensive logistic support - a place to meet, trained leaders, often print materials, and, when there are many listening groups, even large administrative organizations. Most listening groups have been fairly short-lived. It is difficult to keep people attending voluntarily over long periods, a problem that worsens as more people obtain radios and stay home to listen to them. Listening group broadcasts are by definition highly specialized and attract fewer listeners than open broadcasts.

CAMPAIGNS

Campaigns on radio have a specific, often time-limited objective, such as promoting designated vaccination days. They commonly use public service spot announcements or paid advertisements, which can be broadcast between regular radio programmes. This publicity is only one part of a much larger effort that combines communication through many channels and intensive service delivery efforts that mobilize both workers and political support. Such campaigns can have impressive short-term results, but some experts worry that they may divert attention and resources from building ongoing service delivery programmes. This problem can be minimized when campaigns function as phases in long-term programmes using those programmes as a base for periodic intensive efforts.

Calvin and Hobbes / By Bill Watterson



Submitted by Dr. Marilynne Gustafson, University of Minnesota, U.S.A.

LITROCOM-GUATEMALA/89

SITUACION ACTUAL DE MEDIOS DE COMUNICACION
MODERNOS Y TRADICIONALES

Panajachel, Abril 1989.

INTRODUCCION:

La república de Guatemala, tiene una extensión territorial de 108,890 kms² (cuadrados), divididos políticamente en 22 departamentos, - conformados por 326 municipios con una población estimada de 8.935,395 de los cuales:

- 49% femenino
- 51% masculino
- 22% mujeres
- 17% niños menores de 5 años.

72% indígena - 82%
ladina

Debido a su localización tropical y su relieve montañoso, goza de una gran variedad de climas, pero sin extremos de frío o de calor.

La estación lluviosa, es de mayo a octubre y la seca de noviembre a abril. Su topografía es variada por múltiples accidentes geográficos, lo que hace muy difícil entrar en contacto con comunidades rurales - aisladas, para informarles sobre temas de Supervivencia Infantil. El grado de analfabetas es muy significativo y es aún más bajo en las mujeres del - área rural, entre las que se encuentra el mayor porcentaje de fertilidad y de mortalidad infantil.

IDIOMAS:

En el territorio nacional, se cuenta con una gran variedad de idiomas mayenses, de los cuales el cakchiquel, kekchí y quiché son los mayoritarios, haciendo ésto más difícil la comunicación.

Se han realizado distintos estudios entre los cuales se cuenta específicamente con una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas, dividida en dos partes, la cual fue realizada por INCAP a petición del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con un total de 18,240 entrevistas.

1. La primera parte, referente a enfermedades diarreicas, deshidratación, prácticas alimenticias durante y después de los episodios diarreicos.

Conocimiento y uso de la Terapia de Rehidratación Oral y suero casero. Conocimiento y prácticas en relación a inmunizaciones.

2. La segunda parte a conocimientos y comportamientos para resolver los problemas de infecciones respiratorias agudas.

Conocimiento y conductas alimenticias durante el embarazo y la lactancia , así como destete y crecimiento físico en la infancia.

En los dos formularios utilizados, se incluyó acceso y utilización de los servicios de salud, fuentes de comunicación por medios masivos, fuentes locales y comunicación interpersonal.

RESULTADOS C.A.P. COMUNIDAD:

- 73% De las entrevistadas había tenido diarrea su niño.
- 7.7% Sólomente dijeron haberlo tratado con SRO.
- 29% De las que frecuentan los servicios de salud, informó que se le había dado SRO.
- 16% De los casos recibieron recomendación médica de utilizar SRO.
- 4% Fue sugerido en las farmacias sólomente.
- 61% Partes de los entrevistados escuchan radio.

Más del 50% lo escuchan entre 6 a.m. y 6 p.m.

T.V. 25%

INVENTARIO DE MEDIOS.

Se obtuvieron los siguientes datos:

Perifoneo.....	39.10
Carteles no impresos.....	30.12
Afiches.....	29.48
Reuniones.....	15.38
Volantes.....	14.10
Persona a persona.....	9.61
Folletos.....	2.56
Pregones.....	1.28

RECURSOS UTILIZABLES EN LA COMUNIDAD, SEGUN PERSONAS ENTREVISTADAS:

Instituciones con Altoparlantes	93.42%
Vendedores con altoparlantes	87.71%
Bandas	66.22%
Pregones	41.66%

PERFIL DE MEDIOS:

Guatemala ,está servida por los medios de comunicación modernos y tradicionales que los conceptualizaremos en dos niveles:

- A. Capital
- B. Departamentos.

A. Capital:

1. Televisión :

La televisión, cubre la capital y los departamentos por el sistema de micro ondas.

- Existen 6 canales, cuatro de los cuales son comerciales (3, 7, 11, 13); uno cultural (5), que recientemente comercializa dos horas de su programación, uno religioso en frecuencia UHF (21).
- La programación es informativa, deportiva, de entretenimiento. La producción, es en base a videos importados y producción local.
- La televisión, comercializa sus espacios por franjas horarios: (ejemplo: telenovelas de la tarde de 13 a 18 hrs.) y por segunda-je, otorgando bonificaciones (spots sin costo) que varían entre 50% a 80%, despendiendo de la negociación e inversión a realizar.

2. Radios:

Existen en la capital 41 emisoras comerciales, 2 nacionales, 5 religiosas.

En los departametnos, 74 comerciales, 11 nacionales y 5 religiosas. Las principales radios de la capital forman cadenas con emisoras de los departamentos, para transmisión simultánea de programación. En el rubro de radio, también hemos incluido los circuitos cerrados de mercados que son 7 en la capital.

PERIODICOS Y REVISTAS:

En la capital hay tres y existe en los departamentos un número no determinado de publicaciones no regulares, que se estiman en un promedio de doce. Una revista circula en la capital semanalmente y un número no de-

terminado ni regular, en los departamentos.

En la capital existen doce radioperiodicos y tres telenoticieros. En los departamentos hay un número no registrado de radioperiodicos.

LISTADO DE EMISORAS SIN COSTO

1. T.G.W. La Voz de Guatemala.
2. Radio Nacional de Quetzaltenango
3. Radio Nacional de Totonicapán
4. Radio Nacional de San Marcos.
5. Radio Nacional de Suchitepéquez.
6. Radio de Petén
7. Radio Faro Aviateca.
8. Radio Quezada en Jutiapa.
9. Radio Miramundo en Zacapa.
10. Radio Samaneb en Salamá.
11. Radio Cobán en Cobán.

LISTADO DE RADIOS RELIGIOSAS.

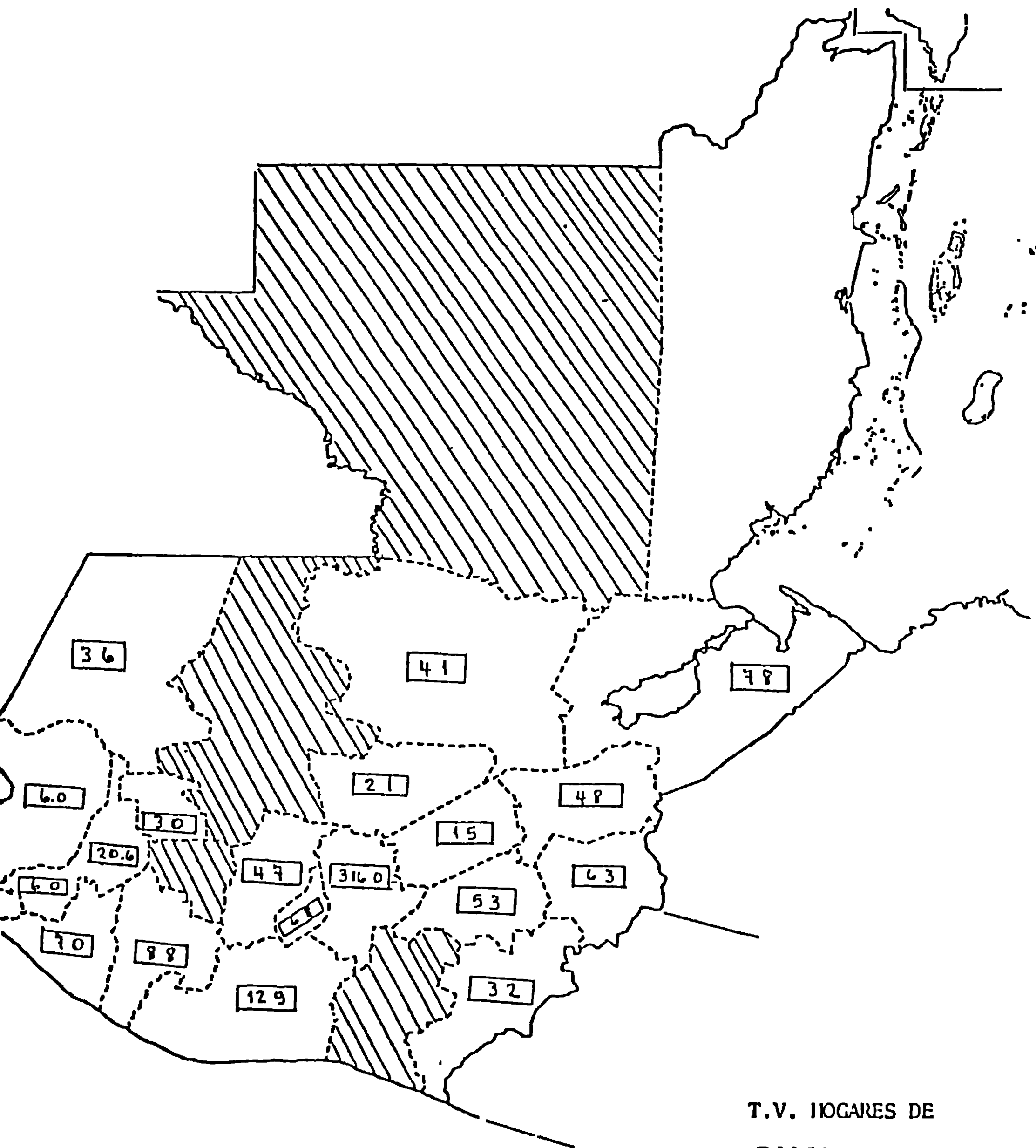
1. Radio V.E.A.
2. Radio Cultural
3. Adven Stereo
4. Radio Estrella
5. Alianza Stereo
6. Radio Barillas, Huehuetenango
7. Radio Chortí, Chiquimula.
8. Radio Amigos, Chiquimula.
9. Radio Nahuallá, Sololá
10. Radio Tezulutlán, Cobán.

MEDIOS TRADICIONALES Y POPULARES:

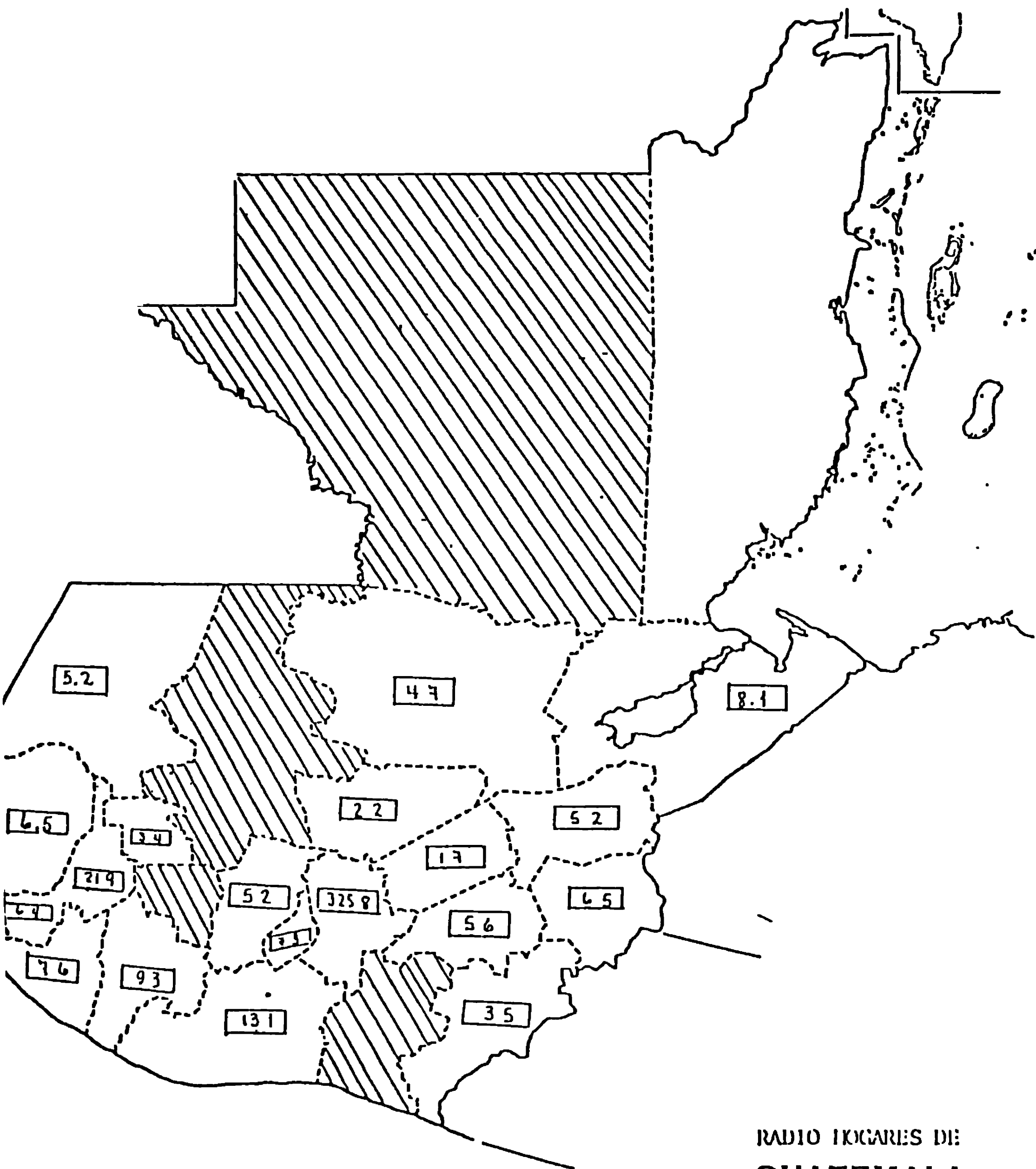
Entre las investigaciones realizadas tanto a nivel de comunidad, como de personal operativo, cabe destacar que el uso de medios tradicionales y populares de las comunidades, logran cubrir en un gran porcentaje la comunicación que no logra los medios masivos modernos de comunicación.

Los más importantes:

1. Pregones
2. Autoridades
3. Religiosos
4. Perifoneo
5. Carteles
6. Maestros
7. Comunicación boca a boca
8. Miniconcentraciones (mercados y lugares públicos con artistas, grupos folklóricos etc).
9. Volantes
10. Mantas
11. Convites
12. Desfiles
13. Festivales de salud
14. Invitaciones escritas
15. Visitas (canalización).



T.V. Hogares de
GUATEMALA
EXPUESTOS A MEDICION
(000)



RADIO TORRES DE
GUATEMALA

EXPUESTOS A MEDICION
(000)

PERFIL DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION EN GUATEMALA

MEDIO	CANAL	LUGAR	REPETIDORAS	TIPO DE IDENTIFICACION
TELEVISION	3	CAPITAL	7	COMERCIAL
	7	CAPITAL	7	COMERCIAL
	11	CAPITAL	15	COMERCIAL
	13	CAPITAL	5	COMERCIAL
	5	CAPITAL		ESTATAL

PORCENTAJE DE POSESION DE APARATOS DE TELEVISION

PERFIL DE LOS MEDIOS MASIVOS DE
COMUNICACION EN GUATEMALA.

MEDIO	IDENTIFICACION	TIRAJE ESTIMADO	PORCENTAJE LECTORES
Prensa	Prensa Libre	60,000	25.9%
Prensa	Gráfico	20,000	6.9%
Prensa	La Hora	N O H A Y	I N F O R M A C I O N
	Siete Días Semanario	N O H A Y	I N F O R M A C I O N

ICORT III
DOCUMENTO DE CUESTIONES PARA EL PANEL

EL COMPORTAMIENTO DE LAS FAMILIAS Y EL PAPEL DE LA
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS ACTIVIDADES DE TRO

EL COMPORTAMIENTO DE LAS FAMILIAS Y EL PAPEL DE LA
PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LAS ACTIVIDADES DE TRO*

* Los criterios expresados en este documento no reflejan necesariamente los de las agencias operativas de ICORT: la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de la Niñez de las Naciones Unidas (UNICEF), el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) o el Banco Mundial."

INDICE

	<u>Página</u>
A. EXAMEN GENERAL - EL COMPORTAMIENTO DE LAS FAMILIAS Y LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.....	1
B. ¿QUE INVESTIGACIONES DE LAS CREENCIAS Y PRACTICAS CULTURALES SE NECESITAN?.....	1
1. ¿Qué clase de información se necesita?.....	2
2. ¿Qué métodos deberían utilizarse?.....	2
C. ¿QUE SE DESEA QUE HAGA LA MADRE?.....	3
1. ¿Cuándo y cómo debería una madre intervenir en un episodio de diarrea?.....	4
2. ¿Cuándo debería una madre buscar ayuda fuera de la familia?.....	4
D. ¿DE QUE FORMA DEBERIAN LOS PROGRAMAS PROMOVER OPTIMAMENTE LA ACEPTACION Y USO SOSTENIDO DE LA TRO?.....	5
1. ¿Cómo se define y mide el uso sostenido?.....	5
2. ¿Cuáles son los determinantes más importantes del uso sostenido, y cuáles de éstos pueden ser influidos por el programa de CED?.....	6
E. ¿QUE MENSAJES ACERCA DE LA ALIMENTACION DURANTE Y DESPUES DE LA DIARREA DEBERIAN RECOMENDARSE?.....	8
1. ¿Qué alimentos deberían recomendarse?.....	9
2. ¿Existe un papel para el monitoreo del crecimiento?.....	9
F. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: ¿DE QUE FORMA DEBERIAN INVOLUCRARSE LAS COMUNIDADES EN EL CED?.....	10
1. ¿Qué es la "comunidad"?.....	10
2. ¿Qué es "participación"?.....	11
3. ¿Qué prioridades deberían dar los programas de CED a la participación en la comunidad?.....	12

BIBLIOGRAFIA

"El comportamiento de las familias y el papel de la participación de la comunidad en las actividades de TRO"

A pesar de la amplia disponibilidad de la terapia de rehidratación oral (TRO), su uso eficaz y sostenido a nivel de familia sigue siendo bastante limitado en la mayoría de los países. Por consiguiente, el presente documento tiene por fin esbozar las cuestiones programáticas pertinentes del comportamiento de las familias y los elementos de la participación de la comunidad que son vitales para la aceptación y el uso eficaz y sostenido del tratamiento casero apropiado para la diarrea.

A. EXAMEN GENERAL -- EL COMPORTAMIENTO DE LAS FAMILIAS Y LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Aun cuando existe una variedad de opinión profesional sobre el papel importante que desempeña la madre en el reconocimiento, respuesta temprana y tratamiento eficaz del niño con diarrea, sigue habiendo un debate considerable acerca de cómo y en qué medida hacer participar a las madres y otros miembros importantes de la familia en el logro de las metas de un uso sostenido y eficaz de la TRO. Incluso en programas donde se ha logrado una rehidratación oral eficaz en una amplia escala, la atención a los requisitos dietéticos del niño durante la diarrea y en la etapa inicial de recuperación sigue siendo relativamente escasa. Es evidente que la madre y la familia son los proveedores esenciales de la atención en relación con la terapia para la diarrea; sin embargo, hay mucho que aprender acerca de cómo llegar a este grupo y hacerles participar.

En casi todo programa de desarrollo se enuncia el principio "de una mayor participación de la comunidad". En ningún lugar es mejor ilustrada esta necesidad que en las actividades encaminadas a promover la TRO, un programa de salud que entraña prácticamente la participación de todas las familias en momentos y circunstancias imposibles de pronosticar, en un ambiente comunitario en el que la respuesta a la diarrea puede ser diversa y estar influenciada por una amplia gama de factores tanto dentro como fuera del hogar. La definición de la acción comunitaria apropiada y los medios para movilizar y mantener el apoyo de la comunidad para la TRO son cuestiones fundamentales.

B. ¿QUE INVESTIGACIONES DE LAS CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES SE NECESITAN?

Nadie duda la importancia de comprender el comportamiento y prácticas actuales en el control de la diarrea dentro de la familia como una necesidad para formular enfoques eficaces tendientes a cambiar el comportamiento. Sin embargo, existe una falta de consenso en cuanto a la cantidad de información que debería recopilarse, qué información es esencial y qué datos son menos importantes para alcanzar los objetivos de los programas de control de las enfermedades diarreicas (CED). La meta no debería ser recopilar tanta información como sea posible acerca de los determinantes del comportamiento de la familia sino más bien concentrar la recopilación de datos en los campos que son accesibles a la intervención y vitales para la formulación de mensajes educativos eficaces.

1. ¿Qué clase de información se necesita?

Es afortunado que en años recientes haya habido una cantidad sustancial de investigación del comportamiento de búsqueda de la salud relacionado con la enfermedad diarreica y con el uso de la terapia de rehidratación oral. Se han realizado estudios en diversos marcos culturales y geográficos y éstos han producido un mayor conocimiento del control de la diarrea en la familia y de la utilización de la TRO. (Muchas de estas referencias se proporcionan en la bibliografía.) Aunque los patrones de búsqueda de la salud de las familias (y sus determinantes) pueden describirse para una determinada sociedad o grupo cultural, no hay duda de que existirá variación entre los distintos grupos de personas y dentro de los grupos. Estas diferencias en el comportamiento de las familias requieren la recopilación de información local, específica para cada cultura, para fines programáticos.

Algunos de los factores interrelacionados que se ha constatado influyen en el control familiar de la diarrea son los siguientes:

- . Creencias acerca de las causas y consecuencias de la diarrea
- . Formas culturalmente definidas de conceptualizar y categorizar episodios específicos de diarrea en determinados niños
- . Patrones existentes de toma de decisiones en la familia
- . Acceso a los recursos de tratamiento, incluyendo curanderos tradicionales y biomédicos
- . Conocimientos existentes y conciencia de alternativas de tratamiento
- . Disponibilidad de tiempo y recursos financieros para utilizar las alternativas de atención de salud y obtener productos de atención de salud
- . Experiencias con diversos tipos de tratamiento.

La gran variedad de factores que influyen en las decisiones de las familias sobre control de la diarrea explican cómo determinadas opciones pueden parecer "incorrectas" desde una perspectiva de salud pública aun cuando son bastante racionales desde una perspectiva de la familia o la comunidad.

2. ¿Qué métodos deberían utilizarse?

Las metodologías para la obtención de datos acerca del comportamiento de la familia son diversas y utilizan extensamente los campos de la antropología, la sociología y la epidemiología. Los parámetros descriptivos estándar, tales como la tasa de incidencia de la diarrea, la conciencia acerca de la TRO y el hecho de haber utilizado "alguna vez" la TRO, pueden medirse mediante encuestas simples con tamaños adecuados de la muestra y una selección aleatorizada de los encuestados. Sin embargo, una información más amplia acerca de cómo los factores socioculturales influyen en el control familiar de la diarrea no puede obtenerse utilizando el mismo tipo de cuestionarios de opciones múltiples administrados en unos

cuantos minutos, con familias seleccionadas al azar, por enumeradores apacitados. Ha resultado una desilusión general con el uso de la encuesta estándar de conocimientos, aptitudes y prácticas (CAP) solamente que a menudo produce información superficial e incluso equívoca.

Los métodos de investigación cualitativa que incluyen entrevistas no estructuradas y observación de los participantes ayudan mas a comprender las creencias culturales acerca de la diarrea y su relación con los patrones reales de comportamiento durante los episodios diarreicos. Dichos métodos antropológicos se concentran en un número cuidadosamente seleccionado aunque pequeño de encuestados que representan diversos sectores sociales, culturales, religiosos y económicos en la población. Una consulta preliminar cuidadosa de profesionales bien-informados procedentes de los distintos campos (antropología, sociología, lingüística, historia, ciencias políticas, etc.) es sumamente útil para determinar qué grupos incluir. Los resultados de esta clase de información no son representativos estadísticamente pero son representativos desde un punto de vista sociocultural informado.

El método de recopilación de datos seleccionado depende de la escala del programa y de la cantidad de tiempo y recursos disponibles, de lo específicos y sensitivos que han de ser los datos y de la disponibilidad de investigadores locales para realizar las investigaciones. El uso de métodos complementarios (encuesta mas estudios antropológicos en pequeña escala en la misma zona) proporcionan la mejor "combinación" de información programática, pero las necesidades varían según la información que se necesite para planificación del programa, elaboración de los mensajes, evaluación a plazo medio o para otros fines.

Los publicaciones recientes proporcionan pautas para recopilar la información programática y seleccionar entre las alternativas (Brown y Bentley, 1988; Griffiths et al., 1988). También se dispone de una guía para la recopilación de información sobre comunicaciones específicamente para los programas de CED (Rasmuson et al., 1988).

C. ¿QUE SE DESHA QUE HAGA LA MADRE?

Esta pregunta aparentemente simple se omite casi invariablemente en los documentos y planes de los programas nacionales, en los que la mayoría de las directrices son bastante vagas e inciertas. La mayoría de los programas siguen considerando a la madre como receptora pasiva del conocimiento y servicios del programa en vez de como un practicante activo responsable y experimentado que ha de ser tratado como un miembro profesional vital del grupo de salud. Un cambio de actitud en cada nivel del programa contribuirá enormemente al logro de las metas programáticas. Como tal, el papel de la madre debería definirse tan claramente como el de los otros terapeutas. Es necesario informar plenamente al personal en todos los niveles acerca de la posición y función que desempeñan las madres en relación con importantes cuestiones tales como las siguientes:

- . El reconocimiento de la diarrea
- . Su respuesta y utilización de los fluidos disponibles en el hogar
- . Cuándo y dónde debería buscar las sales de rehidratación oral (SRO)
- . Qué instrucción debería seguir exactamente para mezclar y administrar las SRO
- . Qué debería dar de comer al niño durante y después de la diarrea
- . Qué indicadores, medidas y síntomas exactos debería utilizar para decidir cuándo buscar ayuda médica
- . A dónde debería ir en busca de ayuda médica.

1. ¿Cuándo y cómo debería una madre intervenir en un episodio de diarrea?

En la mayoría de las culturas, inclusive las de los países industrializados y en desarrollo, las madres no responden a un solo episodio de evacuaciones líquidas. Típicamente, las madres "esperan a ver lo que ocurre". Es importante definir la política de CED sobre este aspecto. ¿Se espera que la madre prepare y administre la TRO después de observar que su niño ha tenido dos o tres evacuaciones de vientre líquidas o sueltas en un espacio de 24 horas? ¿Debería considerar otras características tales como la edad del niño, los síntomas asociados y factores de riesgo preexistentes?

Si se van a promover los fluidos disponibles en el hogar para evitar la deshidratación, ha de definirse claramente la selección de los líquidos, su preparación, su uso tradicional y su idoneidad. Carece de fundamento la tendencia reciente de aceptar para promoción cualquier fluido disponible en el hogar. Es importante determinar qué fluidos específicos (de entre los que se encuentran en las encuestas o investigaciones etnográficas como culturalmente aceptables y ampliamente disponibles) deberían recomendarse, en qué cantidades y por cuánto tiempo. Puede ser igualmente importante aconsejar qué hacer cuando no se dispone de los fluidos recomendados o cuando el niño se niega a tomarlos. Los médicos utilizan otros posibles medicamentos, por tanto ¿no deberían las madres tener alternativas claras? Si se van a promover los fluidos disponibles en el hogar, cada programa ha de abordar estas cuestiones y la información necesaria debería recopilarse con bastante antelación a la preparación de los mensajes.

2. ¿Cuándo debería una madre buscar ayuda fuera de la familia?

Es vitalmente importante para los programas preguntar cómo esperan que la madre se relacione con el sistema de salud para el tratamiento de la diarrea: promotores en la comunidad, personal paramédico, instalaciones fijas de salud, hospitales y el sistema privado de atención de salud. Este enfoque requerirá que los programas comprendan primero sus patrones usuales de comportamiento de búsqueda de la salud, en quién "confía" y qué terapias le parecen más adecuadas para el tratamiento de la diarrea. Tomando como base esta comprensión, el programa ha de determinar claramente cuándo y dónde debería ir en busca

de tratamiento. A su vez, los diferentes niveles del sistema médico han de saber claramente cuándo y qué comunicar a las madres. ¿Le transmitirán un solo mensaje uniforme o la confundirán con mensajes conflictivos, según el nivel al que haya consultado?

D. ¿DE QUE FORMA DEBERIAN LOS PROGRAMAS PROMOVER OPTIMAMENTE LA ACEPTACION Y USO SOSTENIDO DE LA TRO?

Probablemente el resultado más desalentador de una evaluación de un programa es lograr un alto conocimiento y conciencia de la TRO pero tasas bajas de aceptación y utilización. A pesar de lo desalentador que sea, este resultado no debería ser sorprendente. Es difícil cambiar patrones de comportamiento que han evolucionado a través de generaciones. Para hacerlo, es necesario motivar a la gente a ensayar nuevos comportamientos, demostrar y convencer a la gente acerca de los beneficios que obtendrán con el nuevo comportamiento y reforzar continuamente la continuación del nuevo comportamiento en el curso del tiempo.

Las actividades programáticas realizadas en muchos países han tenido gran éxito en promover conciencia de la TRO y fomentar el ensayo de esta terapia. Las preguntas en las encuestas de conocimientos, aptitudes y prácticas (CAP) que miden los cambios en estas esferas someten a prueba el reconocimiento de los sobres de SRO y los informes de haber utilizado alguna vez la TRO. Los indicadores del uso continuo han sido menos alentadores. Muchas madres que han ensayado la TRO niegan utilizarla durante el episodio más reciente o declaran que no piensan utilizarla durante episodios futuros.

1. ¿Cómo se define y mide el uso sostenido?

Una de las primeras consideraciones que ha de afrontar un programa es cómo definir y medir el uso sostenido de la TRO. En condiciones ideales, el objetivo de las actividades encaminadas a influir en el control de la diarrea en la familia es incorporar un control apropiado de los casos en la cultura de forma que pase a formar parte de las enseñanzas transmitidas de una generación a otra. Los programas han de definir lo que esto significa operativamente a fin de poder identificar indicadores apropiados del uso sostenido. ¿Se espera que las madres den la SRO durante cada episodio de diarrea --aún durante episodios leves que sólo incluyen tres evacuaciones de vientre sueltas? En caso afirmativo, las preguntas que se concentran en el uso de la SRO durante el último episodio de diarrea son buenos indicadores del uso sostenido. Algunos programas, advirtiendo que los niños que están bien hidratados tienden a rechazar la solución SRO, han adoptado políticas que recomiendan la administración de "fluidos extra" al comienzo de la diarrea seguida del uso de la solución de azúcar-sal o la solución SRO si persiste la diarrea, si la diarrea es muy acuosa o si se producen síntomas de deshidratación. ¿Cuáles son los indicadores apropiados del uso sostenido en el contexto de esta política? ¿Debieran las medidas del uso sostenido tomar en cuenta la necesidad de fluidos del niño y la restitución de electrolitos durante el episodio específico en cuestión? ¿Satisface la administración de bebidas carbonadas con gran contenido de sucrosa (como "fluidos extra") los criterios para el uso sostenido de la TRO?

2. ¿Cuáles son los determinantes más importantes del uso sostenido, y cuales de estos pueden ser influidos por el programa de CED?

Las evaluaciones de un programa y las encuestas de conocimientos, aptitudes y practicas (CAP) como seguimiento ulterior deberan elaborarse cuidadosamente para identificar los factores que determinan si la madre sigue o no utilizando la TRO durante episodios posteriores de diarrea. Se necesitan análisis complejos para controlar las influencias educativas y económicas múltiples y para identificar los determinantes mas importantes del uso sostenido. Sin embargo, esta clase de análisis es esencial a fin de aumentar al máximo la utilidad de las encuestas CAP y obtener los enfoques más eficaces para promover el uso apropiado de la TRO en el curso del tiempo.

Los programas de CED no tendrán la capacidad de influir en ciertos factores que determinan si el uso de la TRO es sostenido, tales como los antecedentes educativos, la residencia rural frente a urbana y el estado socioeconómico. Sin embargo, los programas tendrán oportunidades para adoptar decisiones sobre muchos otros factores tales como los de si se utilizó experiencia directa para enseñar la TRO, que grupos serán los receptores de los mensajes, cómo se "ubicara" la SRO en el mercado (si se utiliza), y qué expectativas se crean en relacion con los efectos de la TRO.

a. Proporcionar experiencia práctica. La experiencia práctica con la TRO es quizás el factor mas poderoso que influye en su adopción posterior. El programa debería dar a las madres experiencia práctica en la preparación y administración de la TRO, si es posible, para que puedan observar sus efectos positivos sobre el niño. Así pues, un programa comunitario, tal como el Comité de Promoción Rural de Bangladesh (BRAC), hace un hincapié máximo en la experiencia de mezclar, probar y discutir la preparación casera de TRO. Sin embargo, existen muchas otras oportunidades para la experiencia. La sala de espera de cada instalación clínica en el mundo está llena de mujeres, muchos de cuyos niños experimentan diarrea. El tiempo de espera, hasta varias horas, puede ser de 5 a 20 veces más que el requerido por la consulta y terapia en sí. Durante este tiempo, la mezcla y administración de la TRO pudiera demostrarse a una madre y ella pudiera dar la solución a su niño aun antes de ser vista por el promotor de salud. Este enfoque pudiera surtir un efecto espectacular sobre la aceptación y el uso.

b. Concentración en las personas que influyen en las madres. Los estudios de campo pueden proporcionar una comprensión clara de quien influye en las prácticas médicas de las madres--espec almente las relacionadas con la diarrea-- y un conocimiento del comportamiento de las personas influyentes importantes. Esta información es útil en potencia no sólo debido al efecto de esas personas influyentes en el comportamiento materno sino tambien debido a que dichas personas influyentes pueden ser más fáciles de identificar y de llegar a ellas que las madres en una determinada poblacion.

Para cualquier acción de atención de salud, la toma de decisiones puede ocurrir a través de distintas personas en la familia. En algunos marcos, aunque las madres son los principales guardianes de los niños, no adoptan las decisiones finales respecto a si el niño debería ser llevado a una clínica o proporcionársele medicina. Así pues, es esencial que otros guardianes de los niños en la familia y miembros de la familia tengan un conocimiento de la TRO y se les motive a proporcionarla. En marcos en que los hombres tienen la autoridad en la familia, es esencial diseñarles a ellos los mensajes.

Tiene una importancia aún mayor la repetición del mensaje apropiado de control de casos por los promotores de salud del gobierno, practicantes-privados, ~~proveedores de medicinas y otros líderes de la~~ opinión en la comunidad. La proyección de los mensajes en los individuos más influyentes de entre éstos puede promover un cambio de comportamiento a nivel de familia.

c. Ubicación de la SRO. La mejor decisión acerca de donde "ubicar" los sobres de SRO como una medicina alopática fuerte, o como una solución simple disponible y al alcance de cualquiera, puede variar de un país a otro y de una cultura a otra. El debate acerca de esta cuestión tiende a ser acalorado y es importante considerar varios aspectos primordiales del mismo.

En algunos países, el uso generalizado de productos antidiarreicos y antibióticos para la diarrea es un grave impedimento que se interpone a la aceptación y uso de las SRO por las madres y a la prescripción de las SRO por los promotores de salud y las farmacias. Los incentivos de una fuerte demanda de los clientes y grandes utilidades de los practicantes derivados del uso de los productos antibióticos y antidiarreicos laboran contra la adopción de prácticas apropiadas de control de casos. Por estas razones, muchos ejecutivos propugnan por cargar un precio por las SRO (para aumentar su valor percibido) y comercializarlas como una medicina alopática potente recomendada por todos los sistemas médicos.

Es importante considerar si la promoción de la SRO como medicina alopática la hará más o menos sostenible en el curso del tiempo. Aunque los productos antibióticos y antidiarreicos se utilizan más comúnmente que lo indicado, no se utilizan de forma sostenida o continua. Se dan cantidades pequeñas a la vez: es común cambiar de una medicina a otra (así como de un proveedor a otro) si no se detiene la diarrea. La promoción de las SRO como medicina alopática puede conducir a su uso de la misma forma.

Otro argumento contra la promoción de las SRO como medicina alopática potente es el de que puede socavar la fe de las personas en los fluidos disponibles en el hogar y poner los sobres económicamente fuera del alcance de muchas familias pobres. Además, este enfoque puede contribuir al empobrecimiento de la familia para proporcionar a su niño el medicamento milagroso empaquetado.

d. Declaraciones sobre la TRO. Es natural que las personas esperen que una medicina administrada a un niño con diarrea detenga la diarrea. En muchos casos, la administración de la TRO coincide con la resolución de los síntomas debido a que la mayoría de los episodios diarreicos son autolimitados y tienen una duración corta. Sin embargo, muchas reseñas han indicado que una razón por la que la gente abandona el uso de la TRO es la de que no satisface sus expectativas: no detiene la diarrea.

¿Existe algún desacuerdo en relación con las declaraciones que deberían hacerse acerca de las virtudes de la TRO. ¿Debería declararse que la TRO más la alimentación continua reducirán la diarrea? ¿Es necesario especificar que la TRO no detiene la diarrea?

El reto consiste en comprender qué espera el cliente, en ubicar el producto lo suficientemente cerca de esta expectativa sin darle información falsa y proporcionarle una experiencia suficiente de refuerzo y aliento de personas influyentes respetadas para asegurar el uso continuo. En algunos marcos, una preocupación común de las madres ha sido la de que sus niños se debilitan durante los episodios de diarrea. Los mensajes que transmiten la recuperación de la debilidad deberían ser reforzados por la experiencia de la madre en la administración de las SRO.

Puede ser útil para promover la TRO una comprensión de los conceptos locales de la deshidratación y la pérdida de fluidos durante la diarrea, junto con el papel de la sustitución de los fluidos. Aunque la mayoría de los estudios dan cuenta de que las madres no creen que deban negarse a los niños los fluidos durante la diarrea, puede no ser común una comprensión de las consecuencias de la diarrea en lo que respecta a la deshidratación. En algunas culturas, por ejemplo, puede hallarse presente un reconocimiento de los síntomas de la deshidratación pero no una comprensión de sus peligros o la necesidad de sustitución de los fluidos. Para enseñar el concepto de deshidratación y la rehidratación, no obstante, es necesario comprender las creencias populares actuales acerca de la fisiología normal y de lo que ocurre al cuerpo durante la diarrea.

E. ¿QUE MENSAJES ACERCA DE LA ALIMENTACION DURANTE Y DESPUES DE LA DIARREA DEBERIAN RECOMENDARSE?

Un cúmulo sustancial de evidencia indica que el costo nutricional de episodios repetidos de diarrea es responsable de una cantidad notable de desnutrición entre los lactantes al destete y los niños de corta edad. Además, el estado nutricional deficiente aumenta la duración de la diarrea (Black et al., 1984) y su gravedad. El grueso de los datos no sugiere que los niños desnutridos tengan una mayor incidencia de diarrea, aunque unos cuantos estudios han demostrado este efecto (Sepúlveda, 1988). La mala condición nutricional relacionada con episodios diarreicos repetidos es un factor causante en la mortalidad debida a la diarrea (Bhan et al., 1987). Finalmente, los alimentos realzan la absorción de fluidos durante la diarrea. Es por estas razones que mejorar el control dietético en el hogar de la diarrea debería ser un importante objetivo de los programas de CED.

1. ¿Qué alimentos deberían recomendarse?

Todos los programas admiten que la terapia oral consiste en dos componentes: rehidratación oral y alimentación. Sin embargo, pocos programas recomiendan realmente alimentos específicos o dan detalles acerca de cómo alimentar al paciente. La experiencia programática ha demostrado que los mensajes más vagos, tales como "alimente a su niño más durante la diarrea", no han logrado motivar a las madres y otros guardianes. Se necesita confeccionar mensajes específicos basados en información cultural y nutricional adecuada obtenida de estudios de campo apropiados.

En casi todos los marcos en los que se han estudiado las creencias y prácticas de la alimentación durante la diarrea, existen fuertes creencias culturales acerca de las clases y consistencias de los alimentos que se ofrecerán o no se darán al niño. Un patrón intercultural común es la percepción de las madres de que más alimentos aumentan la diarrea y también de que el apetito del niño disminuye durante la diarrea. Aunque la medicina moderna ha aconsejado incorrectamente hasta hace poco a las madres que "descansen el intestino" y reduzcan la alimentación durante la diarrea, los patrones alimenticios dietéticos durante la diarrea varían según la cultura, el tipo e gravedad de diarrea, la edad del niño, etc.

Recientemente, los datos de observaciones en India, Perú y Nigeria indican que, en general, las madres siguen dando una dieta normal al niño durante la diarrea, aunque pueden tener fuertes creencias culturales acerca de qué alimentos son útiles o perjudiciales (Bentley, 1988; Brown et al., 1987; Esrey et al., 1988). En Perú e India, se ofrece una dieta más suave y líquida, produciendo así cierta pérdida de elementos nutritivos. En Nigeria, las madres parecen obligar a comer a sus niños más durante los episodios diarreicos (Brown et al., 1987; Bentley, 1988).

El elemento importante es el de que los programas no pueden suponer que ya comprenden los patrones de alimentación durante la diarrea (por ejemplo, creer que todas las madres retienen los alimentos de los niños para todos los episodios diarreicos) a menos que hayan recogido datos objetivos del campo. Esta información debería ser suficiente para formular mensajes programáticos específicos. Dos manuales para los directores de programas se han publicado recientemente que pueden proporcionarles orientación en dichos estudios de campo y el proceso de incorporar un componente nutricional en las actividades programáticas (Brown y Bentley, 1988; Griffiths et al., 1988).

2. ¿Existe un papel para el monitoreo del crecimiento?

Más allá de formular recomendaciones en cuanto a la alimentación, los programas de CED deberían considerar la vinculación de sus esfuerzos con las actividades de monitoreo del crecimiento como parte del seguimiento de los episodios de diarrea. Utilizado de esta forma, el monitoreo del crecimiento puede hacer visible el efecto de la diarrea sobre el crecimiento y el proceso de recuperación nutricional

posterior para la madre y el promotor de salud. Si se introduce a los pacientes de diarrea en las actividades del monitoreo del crecimiento rutinariamente como parte del monitoreo de la recuperación de su enfermedad, la reanudación del crecimiento normal puede convertirse en un criterio de recuperación además del cese de la diarrea.

Una presentación plenaria en ICORT II puso de manifiesto poca evidencia de incorporación del monitoreo del crecimiento en los programas de CED. ¿Deberían todos los pacientes tratados con diarrea pesarse y determinarse su estado nutricional trazando el peso en un cuadro de crecimiento, para detectar desnutrición clínicamente inaparente? En países con programas existentes de monitoreo del crecimiento, ¿deberían todos los pacientes ser enviados para monitoreo del crecimiento después de la diarrea, al menos por tiempo suficiente para determinar si han obtenido un incremento esperado después de la enfermedad? ¿Debería efectuarse el seguimiento de determinados pacientes con ciertos criterios clínicos (por ejemplo, pacientes con disentería o pacientes con diarrea persistente, o con desnutrición grave) durante la recuperación con monitoreo del crecimiento incluso en situaciones en las que no se realiza un monitoreo del crecimiento rutinario?

¿Es posible para los programas fomentar eficazmente entre las madres el dar suficientes alimentos durante la diarrea y la convalecencia para corregir el daño nutricional producido por la diarrea sin tener que utilizar cuadros del crecimiento y monitoreo del crecimiento para hacer los resultados de la diarrea y la alimentación visibles? El monitoreo del crecimiento puede ser vital para lograr los objetivos nutricionales de los programas de CED, especialmente en situaciones en las que la desnutrición y dietas de destete inadecuadas son comunes.

Las consecuencias nutricionales de la diarrea tienen una importancia suficiente para que estas cuestiones exijan decisiones por todo director de un programa de CED. En los casos en que es posible, éstas deberían ser decisiones informadas tomadas sobre la base de estudios de campo locales apropiados de las respuestas de las madres y el paciente en presencia y ausencia del seguimiento del monitoreo del crecimiento a la diarrea.

F. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD: ¿DE QUE FORMA DEBERIAN INVOLUCRARSE LAS COMUNIDADES EN EL CED?

Si estamos convencidos del valor de la base comunitaria para la atención primaria de salud, los programas de CED deberían dar una alta prioridad a las actividades encaminadas a involucrar a las comunidades en las actividades de CED. Sin embargo, en muchas situaciones, no está claro el significado de "comunidad" ni de "participación", y pueden no reconocerse las demandas de los esfuerzos por ir más allá del sector salud y hacer participar a la comunidad como socio activo en el CED.

1. ¿Qué es la "comunidad"? ¿De quién se trata de obtener una participación? La comunidad, en vez de una entidad colectiva vaga, consiste en grupos numerosos: dirigentes, grupos femeninos, promotores

de salud locales, maestros de escuela, vendedores de medicinas, curanderos tradicionales, practicantes, niños de escuela... la lista es casi interminable. Para el programa de CED que considere una actividad comunitaria, la selección del grupo de la comunidad con el que trabajar ha de incluir las consideraciones de los costos y beneficios posibles: ¿cuáles de estos grupos tiene mayores posibilidades de influir en el comportamiento de la familia en relación con la diarrea? ¿Cuánto tiempo, personal y transporte se necesitará para obtener su participación?

2. ¿Qué es "participación?" Al igual que es importante para los programas de CED definir el papel de la madre en el control de la diarrea, también es importante especificar en qué nivel, en qué formas y en qué grado se busca la participación de la comunidad. Si no se define la participación de la comunidad, se puede producir confusión respecto a las metas y expectativas del programa. Por tanto, puede ser útil pensar en cuatro niveles de participación de la comunidad:

- En los peores ejemplos, la participación de la comunidad significa "cooperación de la comunidad" y parece ser poco más que un grupo de la comunidad del que se espera que haga lo que le exhorta el programa de CED. Por ejemplo, puede buscarse la ayuda de la comunidad para alcanzar las metas establecidas por el programa nacional, tales como construir un centro de salud, mantener letrinas o apoyar a los promotores de salud en la comunidad.

- "Participación de la comunidad", tal como la define el programa de control de las enfermedades diarreicas de la OMS, es un proceso mediante el cual los miembros de la comunidad hacen contribuciones a la selección de los servicios de salud que se proporcionarán, la planificación de cómo se prestarán esos servicios y la evaluación de la aceptación y eficacia de los servicios. En este modelo de participación de la comunidad, se utiliza la información de los miembros de la comunidad para adoptar decisiones programáticas, tales como: si promover las SRO, la solución de azúcar-sal u otros fluidos disponibles en el hogar; cómo comercializar y distribuir las SRO; qué mensajes serán los más eficaces para promover la TRO, y si los promotores de salud en la comunidad serán seleccionados y capacitados, y en qué forma se seleccionarán y capacitarán.

- Otro modelo de la participación de la comunidad entraña la movilización de los grupos en la comunidad para proporcionar educación y servicios. Por ejemplo, los maestros de escuela pueden adoptar un papel de vanguardia en enseñar a sus estudiantes conocimientos acerca del control apropiado de casos y motivarles a llevar el mensaje al hogar y aplicarlo en el cuidado de sus hermanos. (Este modelo fue utilizado en Mozambique.) Grupos femeninos o Clubes Rotarios pudieran tomar sobre sí la responsabilidad de enseñar a las madres acerca de la TRO al nivel de familia.

- "Habilitación de la comunidad" se refiere a dar a la comunidad control sobre el establecimiento de prioridades y asignación de recursos. En este modelo, los grupos de la comunidad definen lo que se ha de hacer. Los directores del programa sirven de consultores y

fuentes de información y recursos en tanto aceptan el sistema de valores y los conceptos del grupo. Las comunidades pueden optar por integrar el control de la diarrea en otras actividades: hacer que los niños coman mejor, proporcionar alimentos de destete más adecuados y, sobre todo, hallar soluciones para satisfacer mejor sus necesidades de alimentos básicos. Las comunidades pueden optar por concentrarse en las metas de largo plazo de equidad y acceso a los recursos como forma de resolver el problema básico de la mortalidad por diarrea. Los directores de programas pudieran tener que aceptar una decisión por los miembros de la comunidad de no participar en todas las actividades CED.

3. ¿Qué prioridades deberían dar los programas de CED a la participación en la comunidad? En vista de estas consideraciones, la primera cuestión para el programa de CED ha de ser qué nivel de participación de la comunidad puede apoyar, en vista de otras demandas impuestas sobre el personal y recursos del programa. Como mínimo, todos los programas necesitan información acerca de los problemas de salud y acerca del acceso a los servicios de salud al nivel de comunidad. También es vital recibir insumos o aportes de la comunidad en relación con lo que el programa de CED pueda hacer para mejorar los servicios de salud en la zona local. (Las pautas para la recopilación de información y la solicitud de insumos o aportes figuran en el módulo del curso de aptitudes de supervisión sobre participación de la comunidad de la OMS/CED.)

Si se hace de la movilización de la comunidad una importante prioridad, ¿cuándo y cómo debería tratarse de obtener en relación con la capacitación, la distribución de las SRO y otras actividades del programa de CED? En lo que respecta al cuándo, es importante determinar si el tiempo, el personal y otros recursos requeridos para llegar a los grupos de la comunidad, mantener contacto y monitorear las actividades o reabastecer paquetes de SRO, están actualmente incluidos en los recursos programáticos existentes. Se debe a los limitados recursos de los programas de CED el que la OMS/CED recomiende que las actividades programáticas encaminadas a promover la participación de la comunidad se concentren en involucrar a la comunidad en el establecimiento de prioridades y planificación, en vez de hacerlo en actividades basadas en la comunidad que puede ser necesario posponer hasta que se fortalezca de forma adecuada el control de casos en las instalaciones de salud.

En lo que respecta al cómo, ¿debería el método consistir en capacitar a un gran número de promotores de salud en la comunidad o curanderos tradicionales? ¿Qué número necesita recibir capacitación para ser eficaces: 1 por 100 familias? ¿Es viable un tal esfuerzo masivo? ¿Debería el programa de CED trabajar a través de los clubes femeninos o realizar una movilización social a estilo del UNICEF y obtener la participación del ejército o los Clubes Rotarios? ¿Qué enfoque conducirá a actividades más sostenibles o mantenidas?

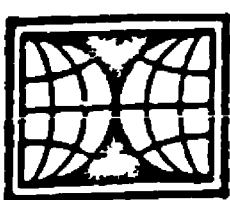
Dos alternativas para la movilización de la comunidad seleccionadas por muchos programas son: 1) actividades de educación interpersonal en salud por personal de salud destinadas a proporcionar información sobre control de casos y prevención de diarrea a las madres

en la comunidad cuando acuden a las instalaciones de salud y 2) actividades de comunicación de medios masivos encaminadas a toda la comunidad. La experiencia ha demostrado que dichas actividades pueden producir algunos cambios en el comportamiento. Si la información y la comprensión equivalen a poder, dichas actividades también deberían en cierto sentido habilitar a la comunidad.

Sin embargo, quizás no baste con estos enfoques. ¿Se necesita una mayor participación de la comunidad que ésta para controlar la diarrea, para que casi todas las madres adopten y utilicen la TRO con eficacia? ¿Pueden los programas de CED estimular el interés y el entusiasmo para movilizar a los grupos en la comunidad, o dependen los programas eficaces de la presencia de individuos extraordinarios que inician localmente las actividades? ¿Es necesario una mayor participación por razones filosóficas, utilizando actividades de CED para alcanzar la meta más amplia de una mayor habilitación de la comunidad? ¿Deberían los donantes y los gobiernos adoptar una política única y uniforme respecto de estas cuestiones? ¿Qué es realista en un ambiente de recursos limitados?

- Griffiths, M., Piwoz, E., Favin, M. y Del Rosso, J. (1988). Research to Design Education Aimed at Improving Young Child Feeding. Guía para directores de programas e investigadores de campo de los programas de control de las enfermedades diarreicas, PRITECH.
- Jintaganont, P., Stoeckel, J. y Butaras, S. (1988). The Impact of an Oral Rehydration Therapy Program in Southern Thailand. *AJPH* 78:1302-1304.
- Kendall, C. (1988). The Implementation of a Diarrheal Disease Control Program in Honduras: Is it 'Selective Primary Health Care' or 'Integrated Primary Health Care'? *Soc. Sci. Med.* 27:17-23.
- Kendall, C., Foote, J. y Martorell, R. (1983). Anthropology, Communications, and health: The mass media and health practices program. *Human Organ* 42:353-360.
- Kendall, C., Foote, D. y Martorell, R. (1984). Ethnomedicine and Oral Rehydration Therapy: a Case Study of Ethnomedical Investigation and Program Planning. *Soc. Sci. Med.* 19:253-260.
- Mull, J.D. y Mull, D.S. (1988). Mothers' Concepts of Childhood Diarrhea in Rural Pakistan: What ORT Program Planners Should Know. *Soc. Sci. Med.* 27:53-67.
- Nations, M.K. y Rebhun, L.A. (1988). Mystification of a Simple Solution: Oral Rehydration Therapy in Northeast Brazil. *Soc. Sci. Med.* 27:25-38.
- Neumann, A.K. (1988). Comments. Anthropology and Oral Rehydration Therapy. *Soc. Sci. Med.* 27:117-118.
- Nichter, M. (1988). From Aralu to ORS: Sinhalese Perceptions of Digestion, Diarrhea, and Dehydration. *Soc. Sci. Med.* 27:39-52.
- Rasmuson, M., Seidel, R., Smith, W. y Booth, E. Communication for Child Survival, Academy for Educational Development, USAID, Washington, 1988.
- Salvador, U.L., Salazar, M.E., Franco, E., Thorner, M. y Pareja. (1984). Communications and Community Participation in the Control of Diarrheal Diseases in Ecuador. Washington: Academy for Educational Development, Communication for Child Survival (HEALTHCOM) Project.
- Scrimshaw, S.C.M. y Hurtado, E. (1987). Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care. Los Angeles: The United Nations University and UCLA Latin American Center Publications, pp 5-13.
- Sepúlveda, J., Willett, W. y Muñoz, A. (1988). Malnutrition and diarrhea. Estudio longitudinal entre niños urbanos en México. *Am. J. Epid.* 127:365-376.

- Scrimshaw, S.C.M. y Hurtado, E. (1988). Anthropological Involvement in the Central American Diarrheal Disease Control Project. Soc. Sci. Med. 27:97-105.
- Simpson, S.H. (1988). Some preliminary considerations on the Sobada: a traditional treatment for gastrointestinal illness in Costa Rica. Soc. Sci. Med. 27:69-73.
- Weiss, M.G. (1988). Cultural Models of Diarrheal Illness: Conceptual Framework and Review. Soc. Sci. Med. 27:5-16.
- Werner, D. (1988). Empowerment and Health. Charla pronunciada en la reunión de la Comisión Conjunta CCPD/Comisión Médica Cristiana, Manila, Filipinas, ~~12-19 de enero~~.
- Young, J. (1981). Non-use of physicians: Methodological approaches, Policy Implications, and the Utility of Decision Models. Soc. Sci. Med. 15B:499-507.



Manoff International Inc.

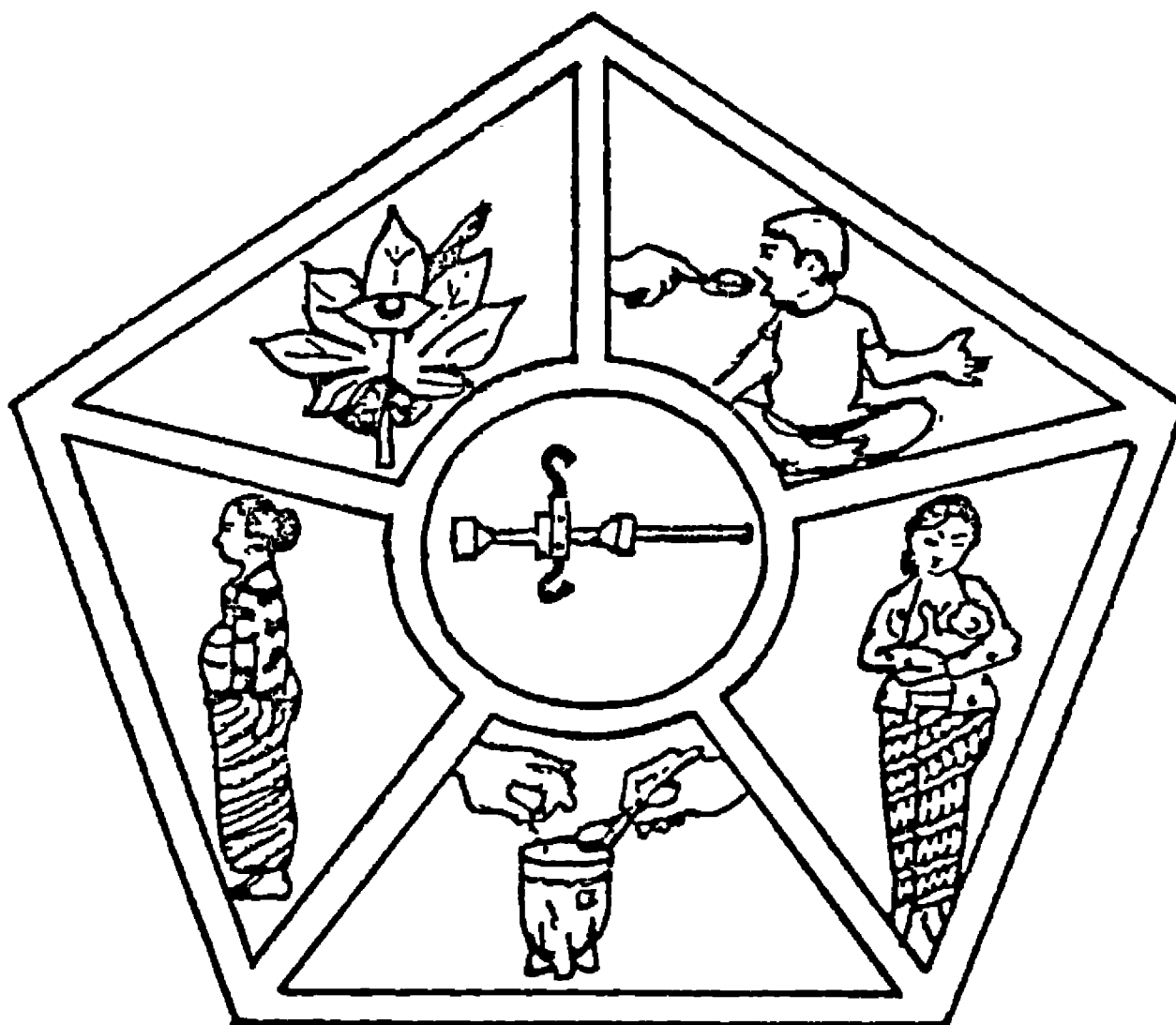
PROJECT DESCRIPTION

Nutrition Communication and Behavior Change Component

Indonesian Nutrition Development Program

*y Manoff International Inc.
Technical Consultants*

*to Department of Health
Republic of Indonesia*



**PROYEK PENGEMBANGAN
PENYULUHAN GIZI
DIRECTORATE OF COMMUNITY
HEALTH EDUCATION
JALAN PASAR MINGGU #17
JAKARTA SELATAN, INDONESIA**

**MANOFF INTERNATIONAL, INC
950 THIRD AVENUE
NEW YORK, NEW YORK 10022
and
2001 S STREET, N W SUITE 420
WASHINGTON, D C 20009**

DESCRIPCION DEL PROYECTO: COMPONENTE DE COMUNICACION
Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO DESARROLLO DEL PROGRAMA
DE NUTRICION. DE INDONESIA

Personal del Proyecto

Dr. I.B. Mantra, Coordinador y Director del Proyecto
Centro de Educación para la Salud
Ministerio de Salud, República de Indonesia

Dres. Tjep Marku, M.P.H., Asistente del Coordinador del
Proyecto y Educador en Salud Comunitaria

Dunanty Doloksaribu, B.Sc., Nutricionista del Proyecto

CONSULTORES TECNICOS

Richard K. Manoff, Presidente, Manoff International, Inc.

Marcia Griffiths, Asistente Técnico del Director
Manoff International, Inc.

Thomas M. Cooke, Ph. D., Consultor, Manoff International, Inc.

Marian F. Zeitlin, Ph. D., Consultor de Evaluación, Escuela de
Nutrición, Universidad de Tufts.

Mayo de 1984

Traducido al español por INCAP.

DESCRIPCION DEL PROYECTO COMPONENTE DE COMUNICACION
Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO, DESARROLLO DEL PROGRAMA
DE NUTRICION, DE INDONESIA

Personal del Proyecto

Dr. I.B. Mantra, Coordinador y Director del Proyecto
Centro de Educación para la Salud
Ministerio de Salud, República de Indonesia

Dres. Tjep Marku, M.P.H., Asistente del Coordinador del
Proyecto y Educador en Salud Comunitaria

Dunanty Doloksaribu, B.Sc., Nutricionista del Proyecto

CONSULTORES TECNICOS

Richard K. Manoff, Presidente, Manoff International, Inc.

Marcia Griffiths, Asistente Técnico del Director
Manoff International, Inc.

Thomas M. Cooke, Ph. D., Consultor, Manoff International, Inc.

Marian F. Zeitlin, Ph. D., Consultor de Evaluación, Escuela de
Nutrición, Universidad de Tufts.

Mayo de 1984

CONTENIDO

Página

Antecedentes del Componente de Comunicación en Nutrición y Cambios de comportamiento	3
Desarrollo de la Estrategia de Comunicación	6
Definición de los Parámetros	6
Prueba de Conceptos	7
Determinación de Objetivos	10
Diseño de la Estrategia de Comunicación	12
Prueba del Material	15
Implementación de la Estrategia de Comunicación	16
Evaluación del Proyecto	17
Los trabajadores voluntarios o "kaders"	17
Los Hogares	18
Costo del Proyecto	20
Conclusiones	20

En la última década ha ocurrido un cambio dramático en los proyectos de educación nutricional: los educadores han adoptado técnicas comerciales de mercadeo para transmitir mensajes sobre los alimentos que se deben utilizar durante el destete, la lactancia materna y el control de la diarrea. Vistos estos proyectos más de cerca, sin embargo, se puede observar que el uso de los procedimientos de mercadeo y de los medios de comunicación masiva empleados por los educadores, sólo alcanzan a imitar los anuncios comerciales. Les hacen falta el cuidado que los anunciantes prestan al diseño. Para utilizar las técnicas de mercadeo de manera persuasiva, los educadores nutricionales deben avanzar más allá del solo hecho de darles la bienvenida y aceptarlos, sino que deben llegar a entender estas disciplinas y su uso efectivo a través de los medios de comunicación con que se dispone, adaptándolos a los propósitos del mercado social -en este caso- el mercado de métodos para mejorar las prácticas de nutrición.

El motivo del fracaso de muchos programas de salud y educación nutricional es que las ideas para los mensajes no han provenido de estudios que hayan identificado la audiencia, sus problemas y sus posibles soluciones, sino de las suposiciones de los planificadores de los programas y de otros expertos. Esto ha resultado en proyectos que aconsejan hervir el agua en comunidades en donde el combustible es escaso o a diseñar cartelones con un mensaje escrito en donde predominan los analfabetos. Algunas veces tienen impacto los mensajes elaborados con base en teorías, pero casi siempre se presentan sin ninguna efectividad ante las costumbres y creencias muy arraigadas.

Si esto sucede en la concepción de un mensaje, la aplicación de las técnicas del mercado social para solucionar tales problemas evitará estas faltas. El proceso de una planificación sistemática, implícito en el enfoque del mercado social necesita respuestas a las siguientes preguntas fundamentales:

- ¿Cuál es el problema específico nutricional o de salud?
- ¿Qué aspecto de ese problema es posible cambiar a través de la educación?
- ¿Quién es el grupo-objetivo?
- ¿Qué puede hacer el grupo-objetivo para solucionar el problema? ¿Con qué recursos cuenta para actuar? ¿Cuáles son los nuevos comportamientos que en realidad puede esperarse que adopte el grupo-objetivo para enfrentarlo?
- ¿Cuáles serán los objetivos de comportamiento específicos?
- ¿Cuáles son las barreras culturales, económicas y sociales para los nuevos comportamientos?
- ¿Qué canales de comunicación se pueden usar para llegar al grupo-objetivo con la suficiente frecuencia y autoridad?
- ¿Qué materiales transmitirán más efectivamente el mensaje a través de estos medios de comunicación?
- ¿Qué motivará al grupo-objetivo a cambiar?
- Sugieren las respuestas a estas interrogantes que el grupo debe ser segmentado?

- ¿Cómo puede dividirse, monitorearse o identificarse el impacto de la comunicación sin mayores costos y sin interrumpir el programa en sí?

Esta es una excelente lista de preguntas, Su respuesta podría requerir años de estudios, con lo que los planificadores de programas no cuentan. Sin embargo, si estas preguntas son ignoradas, los problemas mencionados anteriormente continuarán.

Un proyecto piloto reciente de educación nutricional en Indonesia utilizó técnicas de mercado social durante su desarrollo e implementación. El proyecto demuestra: (1) la importancia de estudiar los temas mencionados antes del desarrollo de los mensajes y de las estrategias de comunicación; (2) que el proceso puede desarrollarse dentro de un horario y presupuesto razonables, y (3) que produce resultados positivos. El objetivo del proyecto era lograr, sólo por medio de la educación, el mejoramiento del estado nutricional en las poblaciones comparables con aquéllas a quienes iba dirigido el programa nacional de nutrición. El proyecto modificó los mensajes de este último para hacerlos más sensibles a los problemas nutricionales de mayor relevancia que encaran las personas de las áreas del proyecto y a formular recomendaciones factibles y nutricionalmente impactantes que las madres pudiesen ejecutar con una frecuencia de tres a cuatro veces al día y que los lograsen sustentar. El proyecto también modificó el sistema de entrega del programa nacional en el desarrollo del plan para los medios de comunicación que asegurase la receptividad del mensaje en el tiempo apropiado y con la suficiente frecuencia y autoridad.

ANTECEDENTES DEL COMPONENTE DE COMUNICACION EN NUTRICION Y CAMBIO DE COMPORTAMIENTO*

Este proyecto fue uno de los componentes del Programa de Desarrollo Nutricional de Indonesia, financiado con la ayuda del Banco Mundial. El Director del componente fue el Dr. I.B. Mantra, antiguo Jefe del Consejo Directivo de Educación para la Salud Comunitaria y actual Director del Centro de Educación en Salud del Ministerio de Salud. En 1977, se seleccionaron cinco subdistritos de tres provincias para los proyectos piloto: Godean y Karangmojo en el Territorio Especial de Yogyakarta; Masaran y Sapuran en la Java Central, e Indralaya en Sumatra del Sur. La población total del área era de 40,500 hogares o sea aproximadamente 225,000 personas.

Este proyecto se desarrolló en cuatro etapas en el transcurso de cinco años. En el primer año, los esfuerzos se enfocaron en formar un equipo intersectorial en cada nivel administrativo y en afianzar un entendimiento

*En el presente documento se refiere al componente como el proyecto EN.

común de los problemas y en el enfoque. Los equipos locales estaban formados por individuos de varias agencias quienes implementaban en las aldeas, programas relacionados con la nutrición y quienes tenían responsabilidades de supervisión y quienes contaban con la autoridad suficiente para tomar decisiones de ejecución. El proyecto prefería una comunidad en donde se podría dar una orientación de arriba hacia abajo y adoptó esta estructura para demostrar que el rol de los proveedores de servicios de salud era el de ayudar a las comunidades a descubrir sus propios problemas y después ayudarles a obtener las herramientas necesarias para solucionarlos.

ORGANIGRAMA DEL PROYECTO DE EN

NACIONAL

Coordinador Administrativo y Técnico:	Dr. I.B. Mantra, Director Consejo Directivo de Educación para la Salud Comunitaria División de Salud Comunitaria Ministerio de Salud,
---------------------------------------	---

Consultores:	Equipo Intersectorial
--------------	-----------------------

PROVINCIA

(Probinsi)

Coordinador Administrativo:	Gobernador
-----------------------------	------------

Coordinador Técnico:	Educador en Salud o Representante de la Oficina de Educación en Salud de la Provincia
----------------------	---

Consultores:	Equipo Intersectorial de la Provincia
--------------	---------------------------------------

REGENCIA

(Kabupaten)

Coordinador Administrativo:	Bupati
-----------------------------	--------

Coordinador Técnico:	Educador en Salud o Representante de la Oficina de Educación en Salud
----------------------	--

Consultores:	Equipo Intersectorial de Regencia
--------------	-----------------------------------

SUBDISTRITO

(Kecamatan)

Coordinador Administrativo:	Camat
Coordinador Técnico:	Médico del Centro de Salud
Consultores:	Equipo Intersectorial del Subdistrito

ALDEA

(Desa)

Coordinador Administrativo:	Lurah
Coordinadores Técnicos:	Supervisores de los trabajadores voluntarios ("kaders")
Consultores:	Institución Social de la Aldea (Lembaga Social Desa)

En la segunda etapa se estableció la infraestructura. Esta era paralela a la que se desarrolló para el Programa Nacional para el Mejoramiento de la Nutrición Familiar (UPGK). La similitud era esencial porque el proyecto de EN no se estableció para crear un nuevo proyecto de nutrición comunitaria, sino más bien, para ofrecer un discernimiento sobre la estrategia para lograr una mejor comunicación para el Programa Nacional, a fin de alcanzar un mejoramiento en el estado nutricional. En las áreas del proyecto de EN se seleccionaron aproximadamente 2,000 trabajadores nutricionistas voluntarios o "kaders", quienes fueron entrenados y provistos de equipo para iniciar un programa de control de peso mensual, el cual cubrió a más de 52,000 niños. El tipo de personas seleccionadas como "kader" variaba. La decisión sobre la selección y el número de voluntarios por aldea se dejó a los encargados de los subdistritos. Por lo tanto, aunque casi la mitad de los kaders eran hombres que contaban con educación y que desempeñaban puestos de liderazgo en su comunidad, los restantes eran hombres y mujeres de distintas edades, experiencias y nivel educativo. Con respecto a las decisiones locales sobre el número de kaders a asignarse dió como resultado que varios subdistritos prefirieron un determinado número de kaders por familias, asignando a cada una ciertas familias en particular, en tanto que otros subdistritos asignaron determinado número de kaders por aldea, pero dejaron a los voluntarios decidir sobre cómo cubrir las familias. Estos trabajadores no recibieron remuneración personal, pero cada aldea contaba con un pequeño fondo para el trabajo y ellos decidían cómo gastar ese fondo. Algunas veces compraban bicicletas para movilizarse y otras veces compraban conejos para algún trabajo comunitario. Durante la

segunda fase, se prestó mucha atención a crear un espíritu de cooperación, a mantener enterados a los equipos establecidos en cada nivel administrativo sobre las decisiones del programa en las comunidades, y a asegurarse que todos estuviesen motivados y conociesen las metas del proyecto.

La tercera etapa se dedicó al desarrollo de la estrategia en los medios de comunicación, que incluía la fase de estudio intensivo (en la que las familias de las áreas del proyecto participaron en la formulación de la estrategia), la producción de los materiales, y por último, su difusión.

La cuarta etapa se dedicó a la implementación y evaluación del proyecto. A continuación se enfoca la tercera fase del proyecto y los resultados de la evaluación.

DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACION

Definición de los Parámetros

La mayor preocupación en esta fase del proyecto era que la estrategia de la educación debería abarcar el conjunto de problemas nutricionales en las poblaciones a riesgo, trabajando con la infraestructura comunitaria existente que constaba de voluntarios de las propias aldeas y mediante sesiones mensuales de control de peso de los niños menores de cinco años. No existía ningún programa de alimentación suplementaria en las áreas del proyecto.

Los sujetos a riesgo eran mujeres embarazadas y lactantes y niños menores de dos años. Los problemas nutricionales mayores que fueron identificados por el equipo nacional, a nivel sectorial fueron los siguientes:

- Malnutrición proteinoenergética en niños de 0 - 4 meses (prácticas de lactancia de la madre)
- Malnutrición proteinoenergética de niños 5 - 8 meses (introducción de alimentos sólidos)
- Diarrea infantil (rehidratación inadecuada y prácticas de alimentación para la recuperación)
- Desnutrición de la mujer embarazada
- Desnutrición de la mujer lactante
- Deficiencia de vitamina A en niños pequeños
- Bocio

Los mensajes diseñados para enfocar estos problemas debían ofrecer soluciones que promoviesen la autosuficiencia de las familias y de la comunidad a manera que no dependiesen de recursos externos. En consecuencia, mientras los miembros del equipo planeaban la estrategia de medios de comunicación, el paso más importante era investigar las actitudes y percepciones de la audiencia objetivo. Para ello, conforme se desarrollaba el proyecto, se utilizó un proceso de evaluación formativa especial para asegurar la consulta regular de las familias en sus percepciones y necesidades. Más que las sesiones con la comunidad y la evaluación de las necesidades, el enfoque del mercado social para lograr la participación comunitaria garantizaría que la audiencia objetivo pudiese determinar la dirección que debiese tomar el proyecto.

La estrategia necesitaba que cubriese, tanto los medios personales, como los medios de comunicación en masa (la radio). Aun cuando los voluntarios contaban con un entrenamiento deficiente y estaban inclinados a salirse de los programas nutricionales en un porcentaje muy alto, trabajaron en todas las aldeas del proyecto y mantuvieron el potencial para un fuerte componente cara a cara. La radio también se mostró promotor; muchos lo poseían y la cobertura de las estaciones, propiedad del estado, era buena en casi todas las áreas del proyecto, aunque habían algunas comunidades que no recibían señales fuertes. Las estaciones privadas no llegaban muy lejos en el área rural, pero eran populares en las comunidades más cercanas a los pueblos desde donde se transmitía.

Prueba de Conceptos

El primer paso del proceso fue la adaptación de la prueba del concepto de mercadeo comercial -la prueba de las ideas y de los productos con la audiencia objetivo. Para esto el equipo desarrolló una metodología de estudio, de bajo costo, orientado al programa y de alta calidad para identificar las percepciones y las expectativas de las madres con niños malnutridos. Se consideró que si estas madres podían cambiar sus prácticas, también lo podrían hacer la mayoría de las madres. Los hallazgos más importantes fueron los cambios que las madre lograban en sus prácticas alimentarias para mejorar la salud de sus hijos y las resistencias o los problemas que pudiesen enfrentar el modificar las prácticas críticas. Aunque con muchas deficiencias, el estudio estaba estructurado. Sus principales enfoques fueron proporcionados por los problemas nutricionales mencionados anteriormente, después de que se consideraron a la luz de su comprensión o sensibilidad potencial hacia la educación. Por ejemplo, la malnutrición proteinoenergética en los niños de 5 - 8 meses de edad recibió prioridad porque sus causas fueron las actitudes y hábitos de la madre en la introducción de los primeros alimentos, ya que pueden ser contrarrestadas por medio de la educación. Por otra parte, el bocio se eliminó de la lista de las prioridades porque la sal yodada no estaba disponible y la educación sobre su uso no hubiera tenido ningún sentido sin ella.

La prueba de conceptos requería de trabajo intensivo con una pequeña muestra. Por lo tanto, en cada subdistrito se seleccionaron dos aldeas o sea un total de diez aldeas de las 60 que estaban incluidas en el proyecto para participar en esta fase inicial.

Los pasos en el proceso investigativo fueron los siguientes:

1. La comunidad llevó a cabo una "auto encuesta" la cual consistía en controlar el peso de todos los niños y elaborar una gráfica con dichos pesos. Se identificaron a los niños con complicaciones por deficiencia de vitamina A y a las mujeres anémicas.

2. Luego se llevó a cabo una sesión con miembros de la comunidad para discutir la auto encuesta que permitiera a las madres y a los líderes de la aldea sugerir algunas soluciones a los problemas identificados mediante la encuesta. La sesión también fue el medio para anunciar los estudios que se efectuarían de las familias y obtener la aprobación de los líderes de la aldea para llevarlos a cabo.

3. El personal del nivel central se reunió y elaboró una guía de preguntas basada en las soluciones que las mismas madres y otras personas habían propuesto para enfrentar los problemas específicos de salud. La guía de preguntas (no un manual con preguntas precodificadas) fue elaborada para estimular la discusión y explorar más a fondo las experiencias de las madres. Cada guía comprendía cuatro partes: 1) Una serie de preguntas demográficas, 2) Una sección de temas, 3) Una sección de recordatorio de consumo de alimentos, y 4) Una sección de prueba de comportamiento. La primera y la tercera parte eran la misma para cada muestra, la segunda y la cuarta parte trataban de temas específicos. Por ejemplo, la segunda parte de la guía para entrevistar a las madres de niños de 5 - 8 meses contenía preguntas clave sobre las prácticas de la lactancia, alimentación y combinaciones de alimentos apropiados para niños de esa edad, los problemas que surgían en los primeros intentos de las madres al administrarle alimento a los infantes, las percepciones sobre digestibilidad de los infantes a esta edad, etc. Las pruebas de comportamiento recomendadas en la cuarta sección de esa guía era el desarrollo de alimentos para el destete. Se proporcionó una lista de los alimentos disponibles localmente que satisfacerían, las necesidades nutricionales y que a la vez, pudiesen pagar las familias de escasos recursos. Este ofrecía guías para los investigadores para que pudiesen desarrollar convenientemente mezclas de alimentos individualmente con las madres y proporcionaba preguntas dirigidas a las madres para su visita de seguimiento, que sería una semana más tarde con el fin de documentar los resultados.

4. En cada provincia se contrató a un pequeño grupo para el estudio, con entrenamiento en investigación cualitativa y en técnicas de observación de los participantes. Todos los miembros eran mujeres. Aquellas que completaron el trabajo más satisfactoriamente tenían entrenamiento de bachillerato en economía del hogar, trabajaban a nivel provincial para un programa de la comunidad y tenían hijos.

5. El equipo para el estudio vivió en las aldeas en donde trabajaban. En cada una de las aldeas, la selección de las familias para la investigación fue a manera que entre éstas hubiese una mujer embarazada, una madre lactante, un niño desnutrido o un niño con diarrea, preferente mente menor de dos años de edad. Participó un total de 330 familias. No se investigaron más de dos temas pertinentes por familia. También contri buyeron las comadronas, dueños de pequeñas tiendecitas, trabajadores en salud, y oficiales.

6. Los voluntarios o kaders de las aldeas colaboraron en el estudio en la determinación de qué familias se seleccionaría. El trabajo de los investigadores se desarrolló de la manera siguiente:

a) Para asegurarse de que los investigadores conociesen a las madres de los niños desnutridos, se pesó a los niños para confirmar su clasificación en el registro mensual de control de peso y se veló porque estuviese correcto.

b) Seguidamente el investigador utilizaba la guía de preguntas para cubrir uno o dos tópicos durante la conversación informal y relajada que luego tenía lugar y le prestaba atención a asuntos tales como la condición del hogar y del patio de atrás, si este existiese. En la mayoría de los casos se grabó toda la conversación para ahorrar tiempo del investigador. Más tarde el investigador transcribía las grabaciones, haciendo anotaciones especiales en frases clave y en los conceptos importantes que saliesen a relucir durante la entrevista.

c) Parte de la entrevista se empleaba para hacer una evaluación de lo que la madre o el infante había consumido durante las 24 horas anteriores. Para el efecto se utilizaba una hoja de recordatorio de 24 horas, diseñada por el personal del proyecto. El investigador registraba los alimentos y tenía la capacidad para calcular rápidamente si la dieta de la madre o del niño era deficiente en proteínas, calorías o vitamina A.

d) En este punto, la entrevista partía significativamente de la encuesta familiar convencional. Con base en la edad del niño y en el desenlace del recordatorio de dieta (para la madre o el niño), el investigador desarrollaba cambios dietéticos específicos con la madre, los cuales mejorarían la dieta de ella o el consumo nutricional del infante. Por ejemplo, a la madre de un niño de seis meses de edad, con una ingesta inadecuada de nutrientes, se le pedía que sugiriera que le podría ella agregar al plato de avena cocida para su hijo. que pudiese ser bueno para su salud y lo que ella pensaba acerca de predeterminadas alternativas. Luego, juntos trabajaban para desarrollar una receta para lograr un alimento enriquecido para el destete. Puesto que ellos no seguían un formato rígido, tenían la capacidad de usar los ingredientes que la madre tenía en su propia casa, utilizando sus propios métodos de preparación de comidas y sus propias recetas, pero agregando ingredientes esenciales tales como el aceite. La madre le

proporcionaba el nuevo alimento a su hijo en presencia del investigador y ambos conversaban sobre lo que le había gustado o disgustado del alimento.

e) Antes de partir, el investigador promete volver en tres o cuatro días y le pide a la madre que continúe ensayando cualquier actividad en la que hayan convenido. En el caso de la comida para el destete, la madre deberá continuar proporcionando este alimento a su hijo varias veces al día hasta que el investigador regrese.

7. Cuando el investigador regresaba, invariablemente la madre había modificado la receta para adaptarla a sus necesidades y tenía algunos comentarios o preguntas que hacer. Esta oportunidad de "desarrollo del producto" -para la prueba, adaptación y reprueba- en los hogares de las madres se tomaba como uno de los elementos más importantes de la metodología. Esto era la adaptación del mercado social a la prueba del producto comercial.

Determinación de Objetivos

El lenguaje pronunciado realmente por las madres durante las entrevistas se analizó conforme progresaba el estudio a manera que la guía de preguntas se pudiese adaptar para probar nuevas hipótesis e ideas. Al término del estudio, se habían analizado 330 hogares y el proyecto tenía una imagen amplia de las actitudes y prácticas actuales y de la imparcialidad de las madres para modificarlas. El estudio cualitativo proporcionó la esencia del programa, lo cual ocasionó el ensayo de nuevas prácticas para alcanzar los objetivos de cambio de comportamiento, y los comentarios de las madres sirvió para los elementos de motivación para los mensajes y las ideas para convertirlos en material.

De los muchos conocimientos adquiridos mediante el estudio, uno de los más importantes fue la identificación de las prácticas susceptibles de cambio. Por ejemplo, rutinariamente las mujeres descartaban el calostro porque les habían informado que era sucio. Esto se pudo comprobar en otros estudios. Sin embargo, el estudio descubrió algo muy importante: la creencia no tenía una base firme. Muchas mujeres consideraban esta costumbre como anticuada y habían oído que otras mujeres les daban calostro a sus hijos sin causarles efectos dañinos.

Otros hallazgos motivaron a efectuar algunas alteraciones en los mensajes estándar sobre la lactancia materna. En las áreas rurales de Indonesia, en donde se desarrolló el proyecto, se practicaba con frecuencia por las madres, por lo menos durante los primeros dos años de vida del niño. Las prácticas de lactancia, que al principio aparentemente encajaban dentro de los principios recomendados por los médicos, por lo que no parecía necesario prestarles atención especial en la campaña educativa, después de varias pláticas, sin embargo, se quejaban de que sus hijos lloraban continuamente y no se satisfacían con la leche del pecho. Como resultado se veían obligadas a darle al niño alimentos sólidos casi

después de nacidos. Observaciones y pláticas posteriores llevaron al descubrimiento que las mujeres de Java únicamente estaban usando el pecho izquierdo para alimentar a sus hijos, y que las mujeres en Sumatra usaban sólo el pecho derecho. Esta práctica y las pequeñas porciones de alimentos lógicamente explicaban el llanto persistente del niño. El personal llegó a muchas hipótesis sobre las preferencias de los pechos, tales como la manera que se desabotonaba la mujer la blusa y el tabú de usar la mano izquierda. Otra explicación surgió de los trabajadores en salud de Java durante una entrevista con el grupo focal en donde se dijo que el pecho izquierdo tenía "alimento" y el pecho derecho "agua". A un niño que parecía satisfecho después de haber succionado un pecho no se le ofrecía el otro. Los trabajadores de Sumatra del Sur opinaron similarmente sobre el por qué las mujeres de allí preferían el pecho derecho. La leche más abundante en un pecho pudiera haber llevado a las madres a la creencia que allí se contenía el nutriente más sustancial ("alimento"). Aunque ésto no nos explicaba qué era lo que realmente impulsaba el favoritismo por un pecho, sí explicaba por qué las madres creían que debían alimentar a sus infantes de esta manera. En su mensaje, el proyecto enfocó este tópico en términos de la preocupación de la madre por satisfacer el apetito de su infante: "Cada vez que usted dé de mamar use tanto el pecho derecho como el izquierdo y asegúrese que su hijo quede satisfecho."

El mensaje sobre la rehidratación oral también resultó ser inadecuado en virtud de lo que aprendimos en el estudio. Cuando las madres trataron de preparar las soluciones (ORS) (soluciones de rehidratación oral) siguiendo la receta diseminada a nivel nacional, nos dimos cuenta que no tenían las cucharaditas que requerían las recetas para medir los ingredientes. Las madres nos ayudaron a modificar los procedimientos para preparar la mezcla, que subsecuentemente requería una cuchara grande, que todos tenían, para medir el azúcar y una pizca de sal.

La prueba de conceptos destacó la necesidad de efectuar adaptaciones locales a algunas prácticas recomendadas. Después de numerosos ensayos, se desarrolló un alimento de destete preparado en casa con ingredientes locales. Aunque los ingredientes eran muy similares en todos los subdistritos, los métodos de preparación eran distintos. La inclusión de una fuente de grasa para mejorar la densidad calórica de los alimentos fue el principal elemento, pero creaba mucha sospecha entre las madres. A manera de hacer esta idea más atractiva, las preferencias regionales (descubiertas durante el estudio) tenían que conservarse. Por ejemplo, en un área, se le agregó aceite a la avena; en otra área, se agregaron unas gotas de aceite de coco al arroz cocido; y en otra, se cocinó la mezcla de los ingredientes en leche de coco.

Cada uno de los objetivos del proyecto sobre el comportamiento refleja lo que las madres aprendieron durante la fase de la prueba de conceptos. Los mensajes clave del programa fueron:

Mujeres

Embarazadas: Cada día se debe comer cuatro platos de comida; comer vegetales verdes cuatro veces e ingerir una píldora de hierro.

Madres

Lactantes: Lo mismo que arriba; además tomar ocho vasos de líquido al día.

**Madres de
niños 0 - 4
meses:**

Dar sólo el pecho al niño y usar ambos pechos cada vez que lo amamante.

**Madres de
niños 5 - 8
meses:**

Dar el pecho, y usar ambos pechos. Alimente al niño con bubur campur (avena con leche y arroz enriquecido) cuatro veces al día. Introducir este alimento suplementario con paciencia (las recetas para bubur campur variaban según la región).

**Madres de
niños con
diarrea:**

Darle al niño LGG -una mezcla de rehidratación oral hecha con una pizca de sal, una cucharada de azúcar y un vaso de agua o té. Continúe alimentado al niño con alimentos blandos (Este mensaje tiene versiones especiales para las áreas con cólera o sin cólera).

**Todas las
madres de
niños menores
de cinco años
de edad:**

Lleve a su niño cada mes a control de peso. Si no aumenta de peso, el/ella no está sano: busque consejo y dele a él/ella más alimento. Solicite consejo nutricional a su trabajador voluntario (kader), comadrona, o al personal de salud.

Diseño de la Estrategia de los Medios de Comunicación y Materiales

Los datos recabados sobre los hábitos de la comunidad durante la fase de la prueba de conceptos sirvieron de guía para la selección de los medios y materiales que se desarrollaron.

Se tomó la decisión de transmitir el conjunto de mensajes a cada audiencia separadamente a fin de combatir una debilidad común durante

la comunicación masiva en la campaña, en vez de dirigirlos a los miembros de una misma audiencia en donde todos son tratados como si fuesen iguales. La planificación de la transmisión de los mensajes aseguró que fuesen completos y pertinentes para las madres de cada grupo. Así, podrían ignorar los anuncios radiales que no les competían, y podrían ser aconsejadas únicamente por los kaders sobre sus problemas.

Debido a que la red de trabajadores voluntarios era extensa, la planificación del uso de los medios de comunicación involucraba tanto a ellos como a la radio. Se dió prioridad al desarrollo de materiales que llevarían mensajes haciendo énfasis en la alimentación correcta de los niños comprendidos dentro de ciertas edades, en particular. Primero, se escribieron dramas radiales cortos (90 segundos). Se consultó las entrevistas grabadas con las mujeres de las aldeas para la formulación de los guiones y se usaban las preocupaciones, preguntas y el lenguaje de las mujeres para explicar el consejo que se ofrecía. La cuña para transmitir el mensaje sobre cómo preparar el bubur campur se presenta a continuación para ilustrar el formato. En el se enfatiza cómo hacer el bubur campur y continuamente recalca sobre las preocupaciones de las madres -la digestibilidad de los alimentos- así como otros puntos de resistencia que se enfrentan al introducir la nueva mezcla de avena.

Cuña # 4: Bubur Campur - Versión Javanés

TONADA: Adentro, arriba

LEMA: Buena nutrición - Niños sanos

TONADA: Arriba, afuera

MADRE I: Hola Bu. ¿Qué es eso que estás haciendo?

MADRE II: Estoy preparando bubur campur para mi hija, Atik. Ella tiene cinco meses de edad. (La identificación de la edad del niño atrae la atención de las madres con un niño de la misma edad).

MADRE I: Esto parece una mezcla extraña, además tedioso de hacer (punto de resistencia)

MADRE II: No, todo lo contrario, es fácil de preparar y además barato; arroz, vegetales verdes, tahu o tempe y leche de coco

MADRE I: ¿Pero por qué?

MADRE II: Para ayudar a mi hijo a crecer sano y fuerte (beneficio)

MADRE I: ¿Y puede un niño de cinco meses digerir esos alimentos? (Punto de resistencia).

- MADRE II: Si, sino pregúntale aquí al trabajador Bu (Refuerza el prestigio de los kaders y levanta la moral). Todos los ingredientes están bien cocidos y blandos. Los vegetales y el tahu o tempe se machacan y cuecen con el arroz en leche de coco.
- MADRE I: Eso es demasiado además de dar de mamar.
- MADRE II: Claro que no, Un niño de cinco meses necesita esta cantidad de alimento, y la dada de mamar debe hacerse con los dos pechos cada vez, no sólo uno. Se da la leche materna como antes y bubu campur cuatro veces al día. De lo contrario, nuestros niños no crecerán lo suficiente... pero, no me estás escuchando!
- MADRE I: Es que estoy pensando... Dar de mamar de los dos pechos y bubur campur -arroz con vegetales verdes machacados y bien cocidos en leche de coco. ¿Estás segura de esto? (Repite los puntos principales),
- MADRE II: Pregúntale a la kader Bu. Ella me lo explicó cuando pesé a mi hijo en el puesto de control de peso. Deberías hacer lo mismo. Si necesitas más información, le puedes preguntar a la trabajadora, a la comadrona o al personal del centro de salud (Refuerza la autoridad del personal de salud),
- MADRE I: Siempre nuevas ideas en estos días.
- MADRE II: ¡No siempre tan buenas como el bubur campur!
- LEMA: Buena nutrición - niño sano.
- TONADA: Arriba, afuera

Fue un reto encontrar material para los kaders, quienes eran el enlace principal de comunicación. El material tenía que ayudar a afianzar la solidez del mensaje y también debía comprometer a las familias en la educación. De nuevo, los datos de la prueba de conceptos demostraron ser útiles. Todos los participantes en el estudio demostraron entusiasmo al contar con algo -muchas veces un calendario- para colocar en sus hogares. Los afiches parecían la solución ideal, pero eran muy pasivos. Finalmente, se desarrolló un material experimental llamado "Afiche de Acción". El proyecto elaboró un Afiche de Acción para cada audiencia objetivo sobre sus principales problemas, el cual contenía mensajes verbales e ilustraciones.

Los kaders seleccionaron los afiches más apropiados para proporcionar a las madres, explicándoles el contenido y lo que tenían que hacer. Por ejemplo, cuando el afiche se le entregaba a una madre, ésta era instruida por el kader en cómo preparar bubur campur y cómo dárselo a su hijo cuatro veces al día. También se le recordaba que continuara dándole el pecho, usando ambos pechos cada tiempo. Entonces el kader le explicaba que la madre debía perforar o marcar uno de los pequeños cuadros que estaban abajo de las ilustraciones cada vez que le diese el pecho o bubur campur a su infante. Abajo de la ilustración de la madre alimentando a su niño, el afiche contiene a lo largo cuatro casillas, porque el alimento de destete se le debe proporcionar al niño cuatro veces al día. Las 30 casillas en cada columna vertical abajo de las casillas horizontales proporcionan el espacio suficiente para la verificación, durante un mes, de estas tareas.

Ninguno esperaba que las madres marcasen las casillas cada día, pero cada vez que ellas pasasen enfrente al afiche y viesen sus espacios vacíos, se sintiesen obligadas a pensar sobre las prácticas recomendadas y en su obligación de tratar de hacerlas. Aún cuando las casillas eran marcadas con poca frecuencia, sólo el hecho de pensar en la obligación de hacerlo lo convertía en una enseñanza más fuerte que un afiche ordinario. La mayoría de las madres estaban fascinadas con los afiches, hasta aquellas que eran analfabetas encontraron lápices para marcarlos en lugar de perforarlos. El propósito de este material era el de guiar a los kaders en su explicación y proporcionar un estímulo para visitar a las madres en sus hogares. También servía como recordatorio a las madres, de los consejos de los kaders, y para completar los mensajes que escuchaban en la radio.

Prueba de los Materiales

Aún cuando el diseño de los Afiches de Acción y las cuñas radiales estuvieron guiados por los resultados de la prueba de conceptos, todos los materiales se regresaban a los kaders y a las madres de las aldeas antes de su elaboración definitiva. Esta prueba preliminar aseguraba que los hallazgos anteriores habían sido debidamente interpretados y transformados en mensajes para determinar si las madres podían cumplir con ellos. También aseguraba que los materiales presentaran los mensajes de manera comprensible y realista.

La prueba mostró que los mensajes básicos habían sido bien comprendidos y que las madres fácilmente recordaban los puntos importantes; muchas veces a pesar de las grandes discrepancias entre lo que ellas hacían corrientemente y lo que los afiches recomendaban. Tanto las cuñas para la radio, como los afiches necesitaron sólo de pequeños cambios. Por ejemplo, hubo que modificar la música y el lenguaje javanés para los niños que empiezan a caminar (9 - 24 meses) y se puso énfasis en machacar juntamente los ingredientes para el bubur campur. También se revisaron algunas de las palabras que aparecían en los afiches.

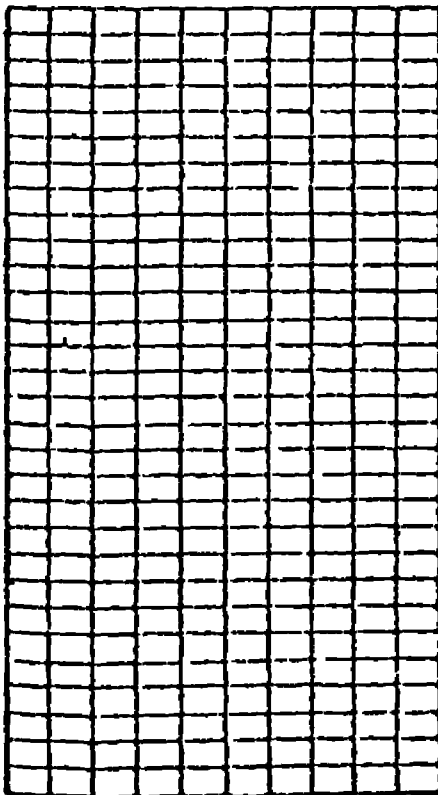
Fig. 1 Afiche de Acción para Madres de Niños de 5 - 8 meses de edad

MAKANAN BAYI UMUR 5 BULAN
SAMPAI DENGAN 8 BULAN

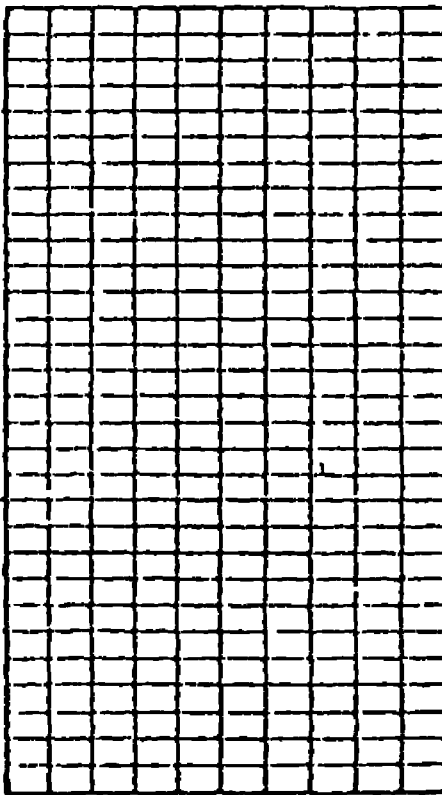
TEKNIK PEMBERIAN ASI DAN BUBUK GOW
(BAYI BULAN 5-6)
GOW
BAYI BULAN 7-8



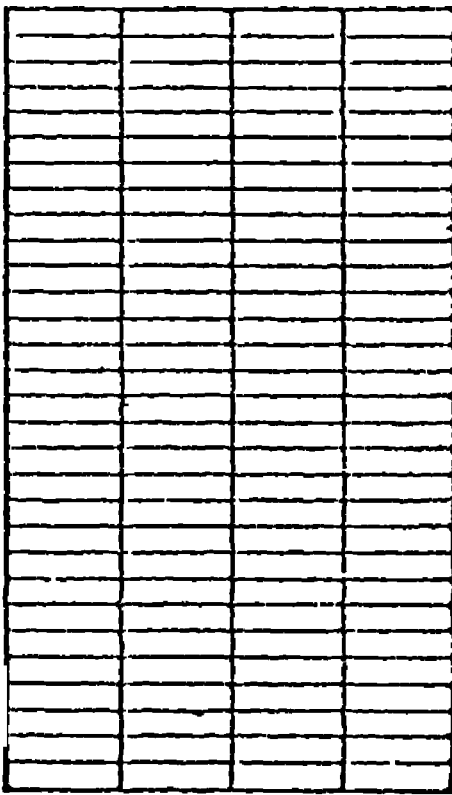
DI TEMPORARI MENYUSUK BAYI
BAYI 5-6, 1-2 TAHUN
1 BOTA



DI TEMPORARI MENYUSUK BAYI
BAYI 7-8, 1-2 TAHUN
1 BOTA



DI TEMPORARI MENYUSUK BAYI
BAYI 5-6, 1-2 TAHUN
1 BOTA



DI TEMPORARI MENYUSUK BAYI
BAYI 7-8, 1-2 TAHUN
1 BOTA

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACION

La implementación completa del programa de comunicación se inició en agosto de 1980. Los primeros pasos comprendían la familiarización por parte de los oficiales de cada área, con los mensajes y los materiales. Luego se capacitó a los kaders en cuanto a los cambios específicos de comportamiento deseados y en el uso de los Afiches de Acción.

Esta breve capacitación -de tres a cuatro días-, enseñó a los kaders a cómo trabajar en las sesiones que se celebraron con miembros de la comunidad sobre control de peso: a cómo conversar con las madres acerca del progreso que tuvieron sus hijos, y cómo ofrecerles un consejo oportuno. El consejo debería de ser muy específico, así como las condiciones bajo las que se daría; por ejemplo, si el ritmo de crecimiento de un niño amonorraba, el kader le sugeriría los alimentos que se recomendaban para su edad. Las mismas recomendaciones aparecían en los Afiches de Acción -la primera herramienta de enseñanza que los kaders usaban en las sesiones de control de peso y que se repetían en las visitas de seguimiento a las madres en sus hogares. Además de las sesiones de capacitación programadas, los kaders celebraban sesiones periódicas de un día de duración con los miembros del equipo del subdistrito para discutir los problemas relacionados con el trabajo y con el progreso alcanzado, y los miembros del equipo trataban de visitar las aldeas por lo menos una vez cada dos meses.

El plan de estudios para la capacitación programada fue diseñado por el personal de las oficinas centrales del proyecto en Jakarta, asesorado por los encargados en las provincias y los equipos del proyecto. Se capacitaba a los trabajadores de cada nivel administrativo por los representantes del nivel inmediato superior al de ellos, a manera que todos estuviesen familiarizados con lo que el programa debía de realizar y cómo. Los representantes de Jakarta asistieron a cursos seleccionados. Los kaders de las aldeas fueron capacitados por el personal de los subdistritos y por los líderes kaders, quienes eran seleccionados como los voceros de las aldeas.

Las cuñas radiales se distribuyeron en las estaciones de radio para su radiodifusión en los cinco subdistritos. El tiempo que salían al aire era mínimo, por lo cual las cuñas no recibieron la exposición deseada. Esto ocurrió en parte porque las cuñas eran transmitidas gratuitamente y porque las estaciones gubernamentales tenían espacio limitado. Solamente en una provincia, donde fueron seleccionados muchas estaciones y en donde se contó con una supervisión continua, sacaban al aire los mensajes con la suficiente frecuencia. En esa provincia, la radio sí desempeñó el papel esperado de reforzar la comunicación interpersonal, lo cual tuvo lugar cuando los kaders distribuían los Afiches, visitaban los hogares y pesaban a los niños.

A través de toda la implementación del proyecto, los equipos intersectoriales -particularmente el personal de los centros de salud de los subdistritos-, continuaron supervisando y proporcionando motivación para las actividades especiales del subdistrito, por ejemplo, cómo elaborar las carteleras utilizando mensajes del programa.

EVALUACION DEL PROYECTO

Se efectuó una evaluación del proyecto, dividida en dos partes, la cual se efectuó después de un año de su implementación completa; una parte evaluó los logros de los kaders y la otra, las realidades de los hogares. Los kaders y las familias en el proyecto de educación nutricional se compararon con aquéllas de subdistritos similares y aldeas que estaban fuera del proyecto, las cuales se seleccionaron porque contaban con programas de nutrición operados por kaders bajo circunstancias socioeconómicas similares a aquéllas de las aldeas cubiertas por el proyecto. Los resultados positivos de ambas partes de la evaluación indican que la estrategia de los medios de comunicación de la EN puede hacer que otros programas de nutrición comunitaria en Indonesia sean más efectivos. Los trabajadores voluntarios de la educación nutricional tuvieron un puntaje más alto en conocimientos sobre nutrición y en el nivel de actividades nutricionales que los kaders con quienes fueron comparados. El proyecto influyó favorablemente el conocimiento, las actitudes y prácticas relacionadas con la nutrición de las familias; y los cambios en las prácticas parecen haber influenciado en el mejoramiento del estado nutricional, lo cual era el propósito fundamental del proyecto.

Los Trabajadores Voluntarios o "Kaders"

Doscientos kaders en EN y 105 kaders, del grupo de comparación, fueron entrevistados durante la evaluación. Para evaluar su efectividad en el trabajo y su entrenamiento que los preparó para efectuarlo, se les examinó en dos áreas de logros: 1) El conocimiento sobre nutrición relacionado con los diversos grupos-objetivo de distintas edades y sus problemas nutricionales, y 2) Actividades efectuadas y actuación.

1. Conocimiento: Se esperaba que los trabajadores de EN tuviesen un puntaje más alto en lo relacionado a recordatorio de los mensajes del proyecto. La evaluación demostró que, efectivamente así había sido, y además, cuando los kaders de EN se confrontaron con los problemas nutricionales comunes -por ejemplo, qué recomendar a la madre de un niño de seis meses de edad que no hubiese subido de peso-, ellos están preparados para dar un consejo más preciso y exacto que los trabajadores con quienes se les comparó.
2. Actividades Efectuadas y Actuación: Los kaders en EN fueron más efectivos en su trabajo:
 - a) Más del 20% de los kaders de EN enseñaron conceptos nutricionales a los grupos comunitarios.
 - b) Ellos enseñaron y entrenaron un 12% más de las madres en las sesiones de control de peso. Cubrieron un 15% más de niños por medio del programa de control de peso y las cifras de asistencia del mes antes de la entrevista para la evaluación mostró que había un porcentaje de asistencia mensual de 10% más alto.

- c) Los kaders de EN efectuaron un promedio de 5,7 más visitas a los hogares en el mes previo a la evaluación y 31% más hicieron visitas domiciliarias.
- d) Los kaders de EN pasaron en promedio 6.9 horas más en trabajos nutricionales, por mes. La diferencia entre ellos y los kaders con quienes se compararon no fue en la cantidad de tiempo que pasaron en las sesiones de control de peso, que fue de tres horas, sino más bien, en el tiempo que emplearon en otras actividades que no eran de control de peso (10.8 horas en contra posición de 4.4 horas).

Aún cuando se encontró que los kaders de EN y las muestras de comparación variaban en tres maneras -habían más hombres en las muestras de EN y eran un poco mayores de edad que los de la muestra de comparación, y contaban con más experiencia en programas-, un análisis de los factores de ejecución mostró que estas diferencias de las características personales no eran el motivo para el mejor rendimiento de los kaders de EN, más bien, era su asociación con el proyecto de educación nutricional.

Los Hogares

Un total de 1,000 hogares que tuviesen una madre lactante o un niño menor de 24 meses se vio involucrado en la evaluación: 600 en las áreas del proyecto y 400 en las áreas de comparación. Aquí, la evaluación revisó la participación de las madres en las actividades de nutrición, su puntaje en el conocimiento nutricional, la ingesta de alimentos clave, tanto de parte de las madres como de los niños; su ingesta dietética de calorías y proteínas; y el estado nutricional de los infantes, medido por peso para edad, talla para edad, y peso para talla. El puntaje de los hogares de EN para cada uno de estos indicadores fue significativamente mejor que el de los hogares de comparación.

1. Alimentos Clave: Las correlaciones entre el conocimiento y la puesta en práctica de los mensajes de EN fueron altos en la muestra de EN. Esto se midió utilizando recordatorios de ingesta de alimentos que indicaron que los niños de EN recibieron mayor cantidad de los alimentos señalados a través de los mensajes (por ejemplo, vegetales verdes, leche de coco y tahu o tempe), que los niños del grupo comparativo.

2. Ingesta de Nutrientes: Las madres lactantes y los niños de las aldeas de EN tenían mayor ingesta de proteínas y calorías que las madres y niños del grupo comparativo. Aparentemente, la implementación de las prácticas recomendadas a través de mensajes específicos, significó una mejoría en la ingesta de nutrientes.

Fig. 2 Porcentaje de infantes que recibieron los alimentos recomendados en el Proyecto de Educación Nutricional durante un período previo de 24 horas.

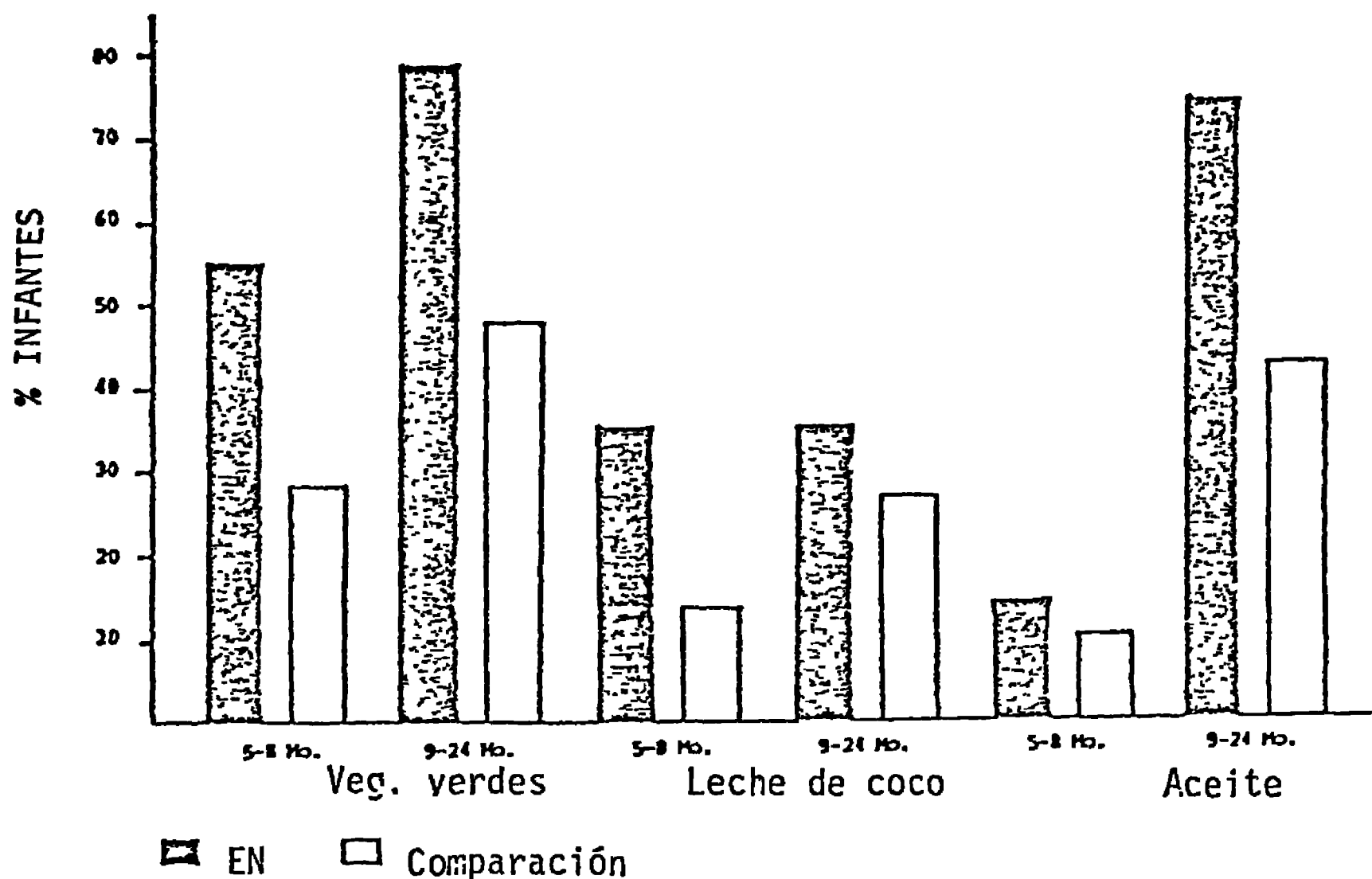


Fig. 3 Porcentaje de infantes que recibieron los alimentos recomendados en el Proyecto de Educación Nutricional durante un período previo de 24 horas.

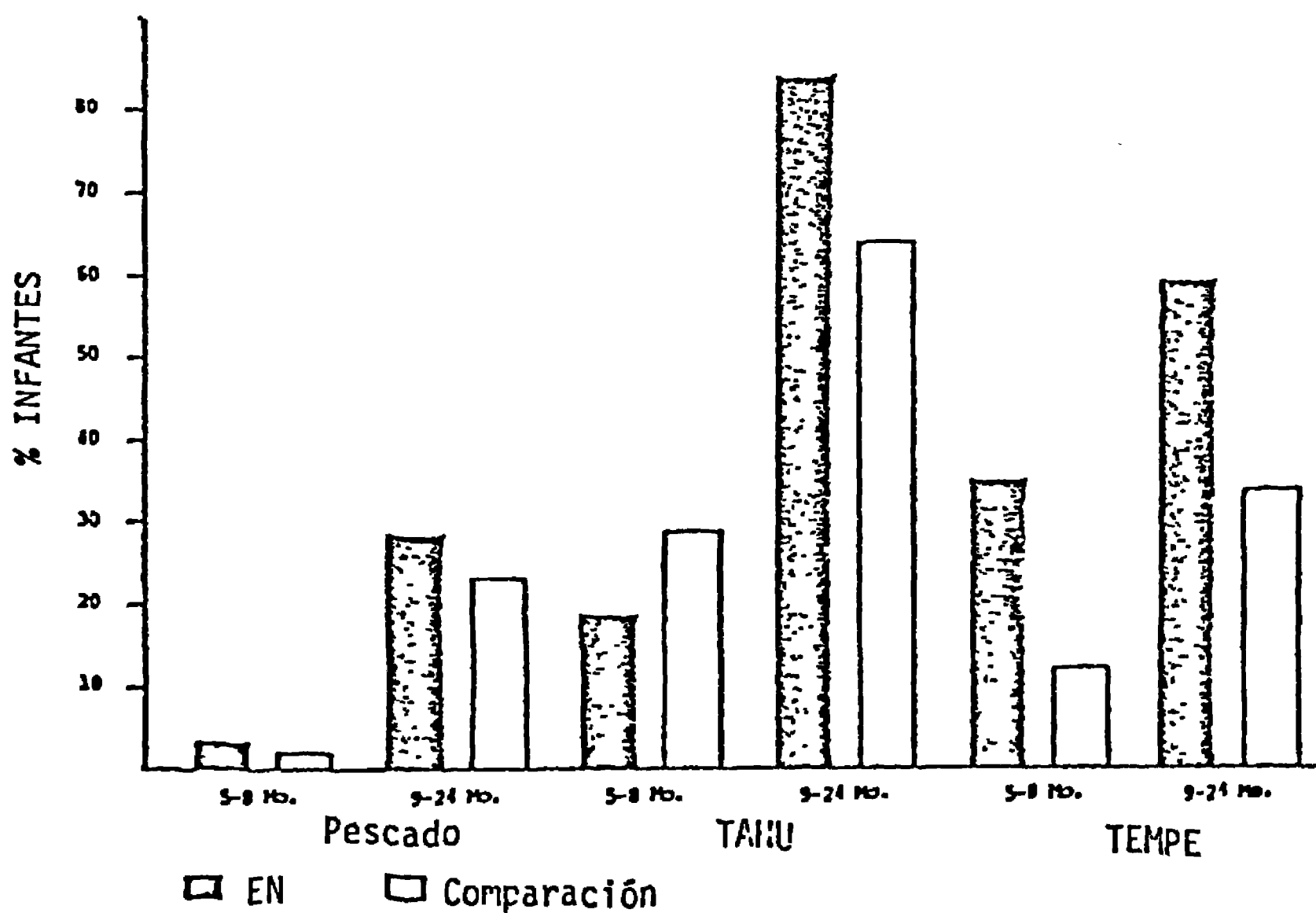


Fig. 4 Porcentaje promedio de recomendaciones dietéticas de calorías por edad.

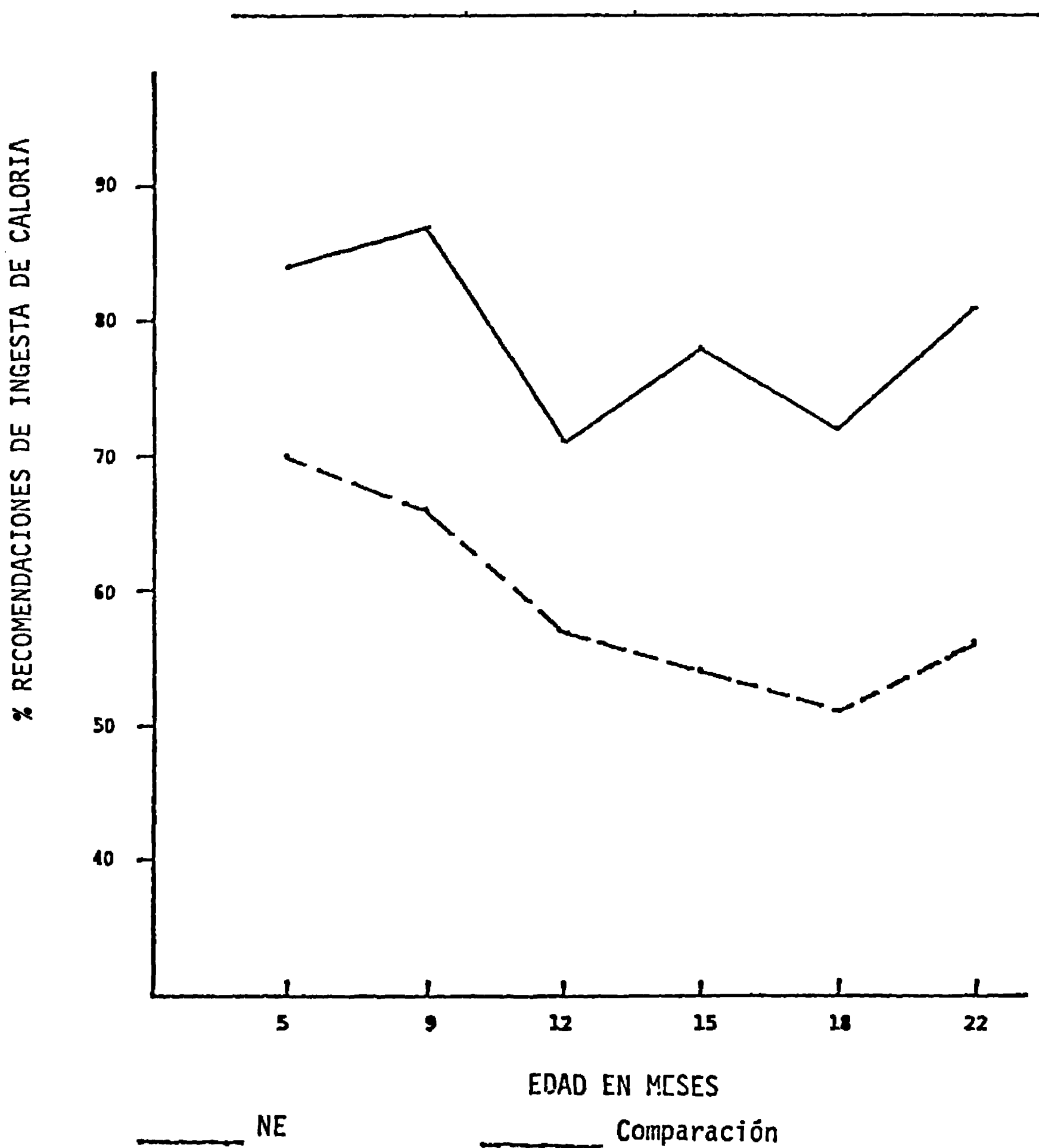


FIG. 5 Porcentaje promedio de recomendaciones dietéticas de proteínas por edad.

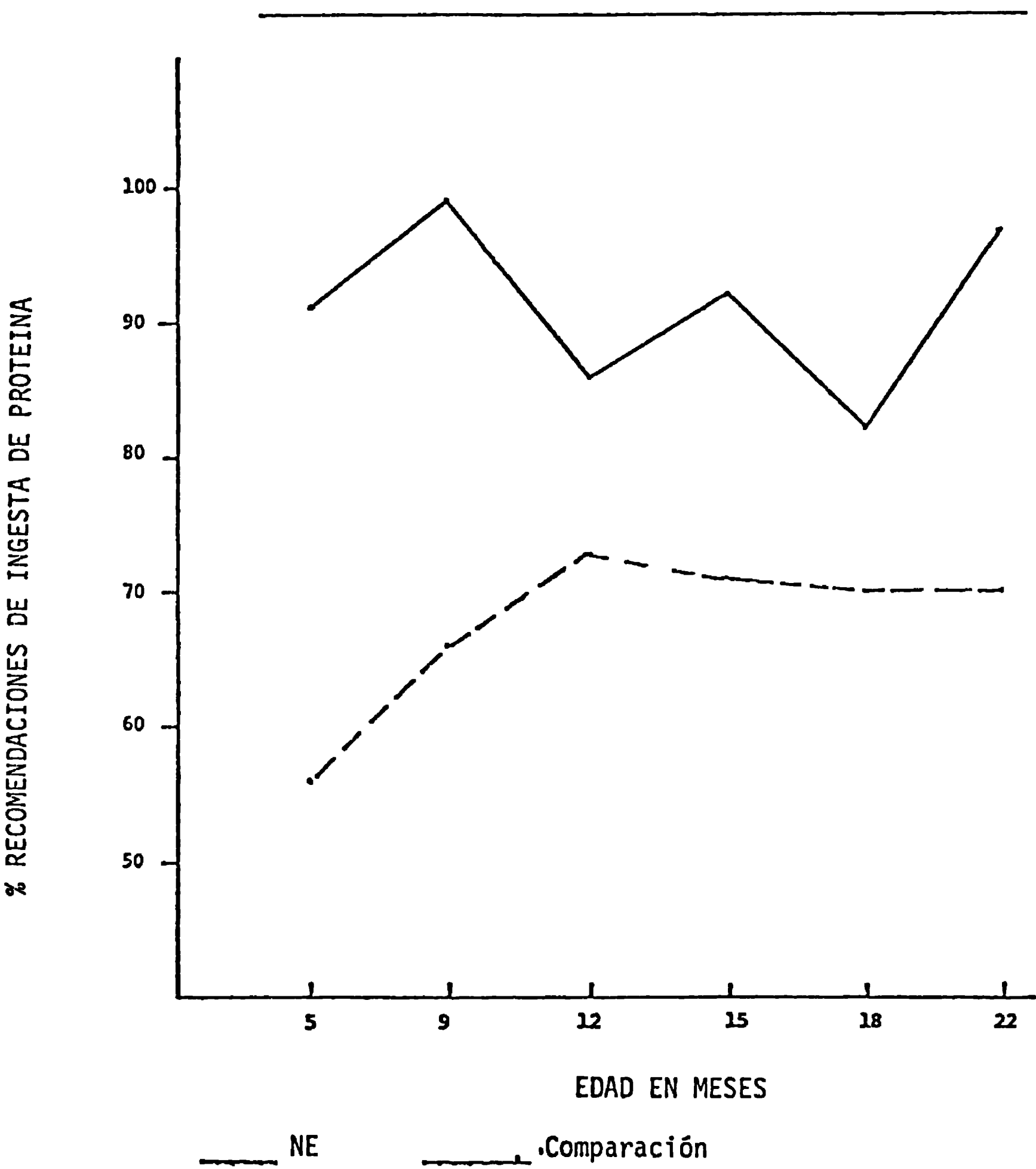


Fig. 6 Porcentaje de madres lactantes por cuartiles ; de ingesta calórica

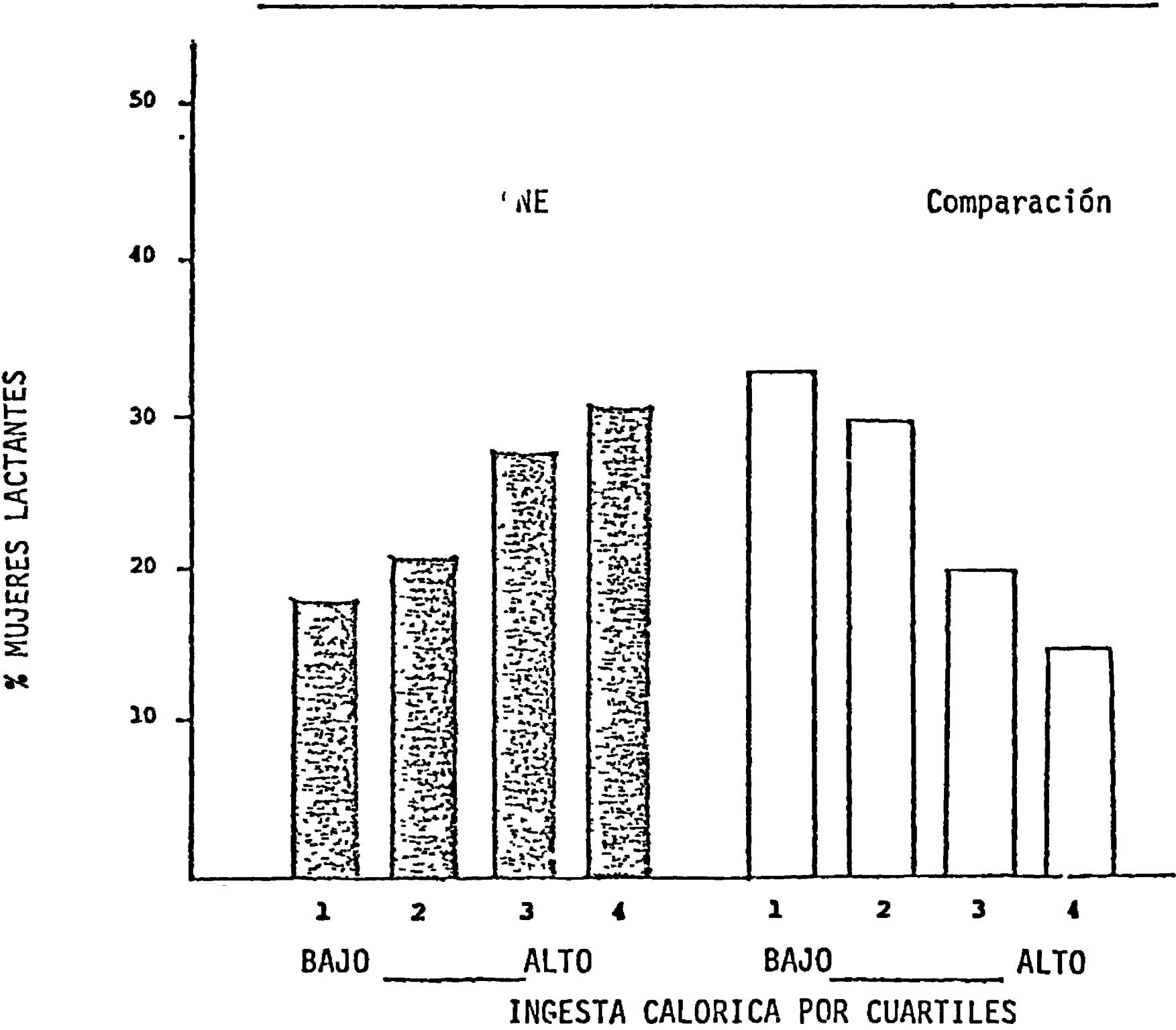
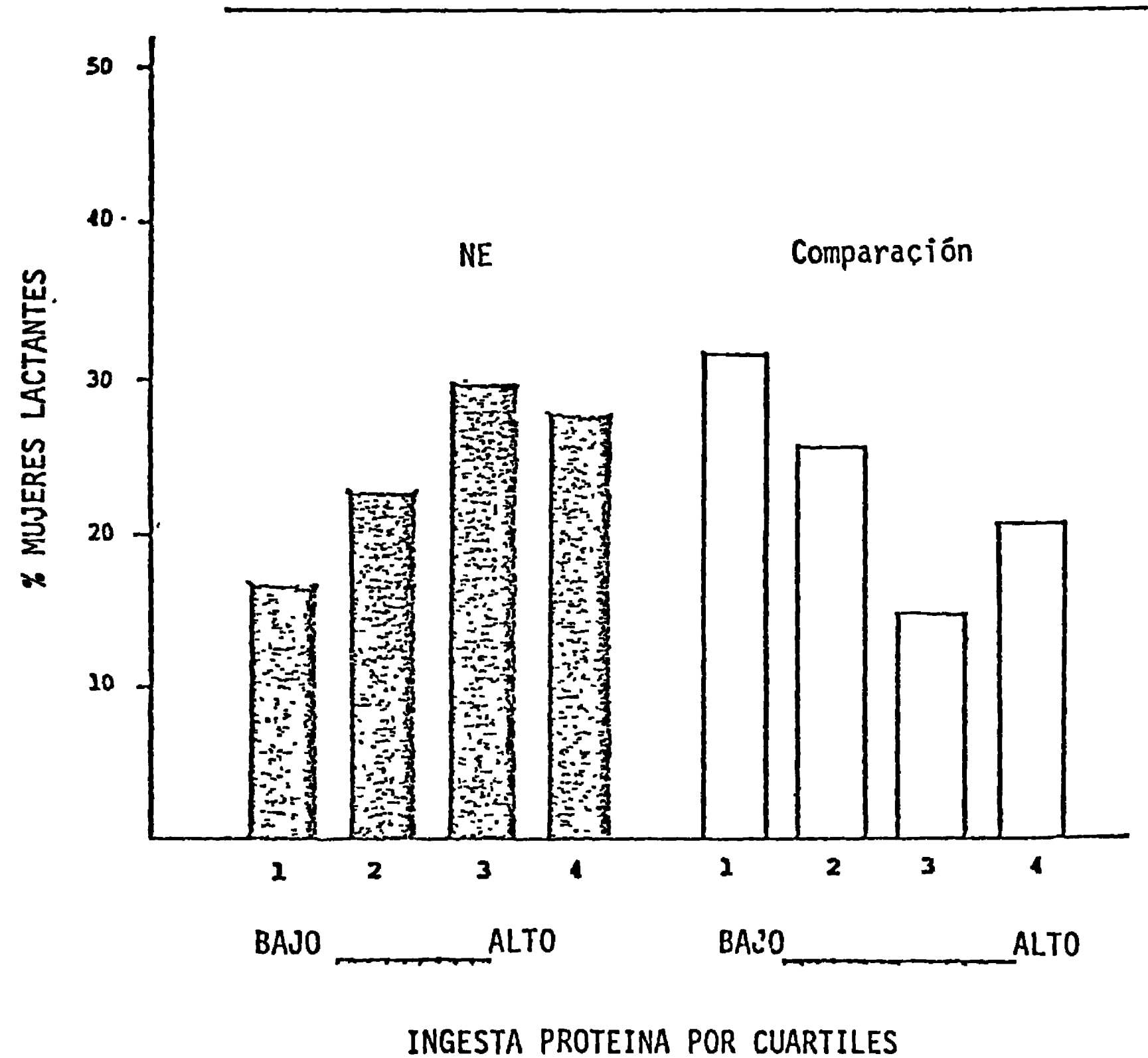


Fig. 7 Porcentaje de madres lactantes por cuartiles de ingesta proteica



3. Estado Nutricional. Los niños de la muestra de EN crecieron significativamente mejor después de los cinco meses de edad, que los niños de la muestra comparativa.

La tabla de crecimiento muestra los pesos de crecimiento promedio de los niños para cada grupo de edad. La curva de crecimiento para los infantes de la muestra EN desciende a los siete meses, la curva para los niños del grupo de comparación a los cinco meses. Los valores promedio para los infantes de EN nunca descendieron por debajo de la zona normal, mientras que los valores promedio de los infantes de los grupos comparativos descendieron por debajo de la zona normal en el décimo tercer mes. La diferencia entre las muestras son significativas ($p \leq .05$) a los dos y tres meses, siete u ocho meses, y 14 meses en adelante.

La diferencia promedio en peso entre los infantes de 17 a 24 meses de edad del grupo EN y los del grupo comparativo fue poco más que la mitad de la desviación estándar. En otras palabras, durante la segunda mitad del segundo año de vida, como un 20% de los niños en la muestra EN estaban bien nutridos (o sea, tenían el peso normal para su edad). Además, probablemente un 20% de los niños cuyo crecimiento estaba dentro del rango normal tenían un mejor nivel de crecimiento que los niños del grupo comparativo cuyo crecimiento era normal. Por lo tanto, se puede decir, que un 40% de los niños en EN había mejorado su estado nutricional a los 24 meses de edad.

La evaluación analizó cada par de subdistritos además de comparar el total de muestras EN con el grupo comparativo para asegurarse de que uno o dos subdistritos no estuviesen tergiversando los resultados. En cada uno de los cinco subdistritos analizados, el estado nutricional de los infantes EN era significativamente mejor que el de los del grupo comparativo.

4. Efecto del Programa. Por lo general, las muestras eran similares en todos los indicadores socioeconómicos medidos (ocupación, educación, edad de la madre, tenencia de radio, dinero para gastos de alimentación, etc.). La muestra EN podría haber tenido una mayor exposición marginal a las influencias urbanas; sin embargo, eso no era motivo para las diferencias tan pronunciadas que se encontraron en los indicadores de las dos muestras en cuanto a la efectividad del programa. La participación en el programa identificó la mayor parte de la diferencia.

El efecto del programa sobresalió particularmente en las familias en donde la madre contaba con uno a cinco años de educación. Semejante al patrón observado en otros estudios, las madres con las que se compararon que tenían menos educación escolar formal tenían la tendencia a saber menos sobre nutrición y a tener un porcentaje de desnutrición más alto entre sus hijos. En la muestra EN, las madres con menos educación escolar formal tenían un puntaje de conocimiento nutricional igual al de aquellas con más educación, y sus niños también tenían un nivel de estado nutricional equivalente.

KMS

KARTU MENUJU SEHAT

Nama Anak:



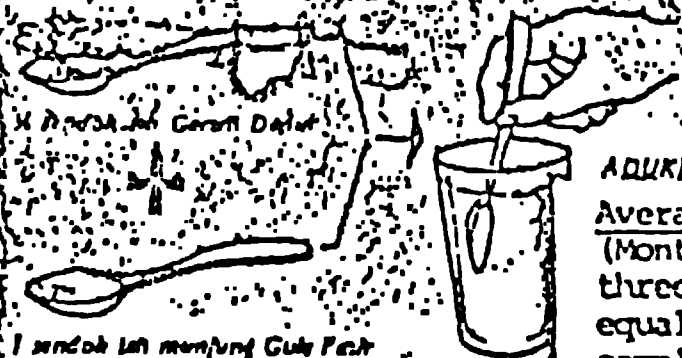
AIR SUSU IBU
makanan bayi terbaik

Dibuat oleh
Departemen Kesehatan Republik Indonesia
dalam rangka kerjasama dengan UNICEF

Kalau anak ini cecet berikan segera ORALIT

Kalau tidak ada, bisa membuat sendiri.

Campurilah:



1 sendok teh tepung Gula Pasir

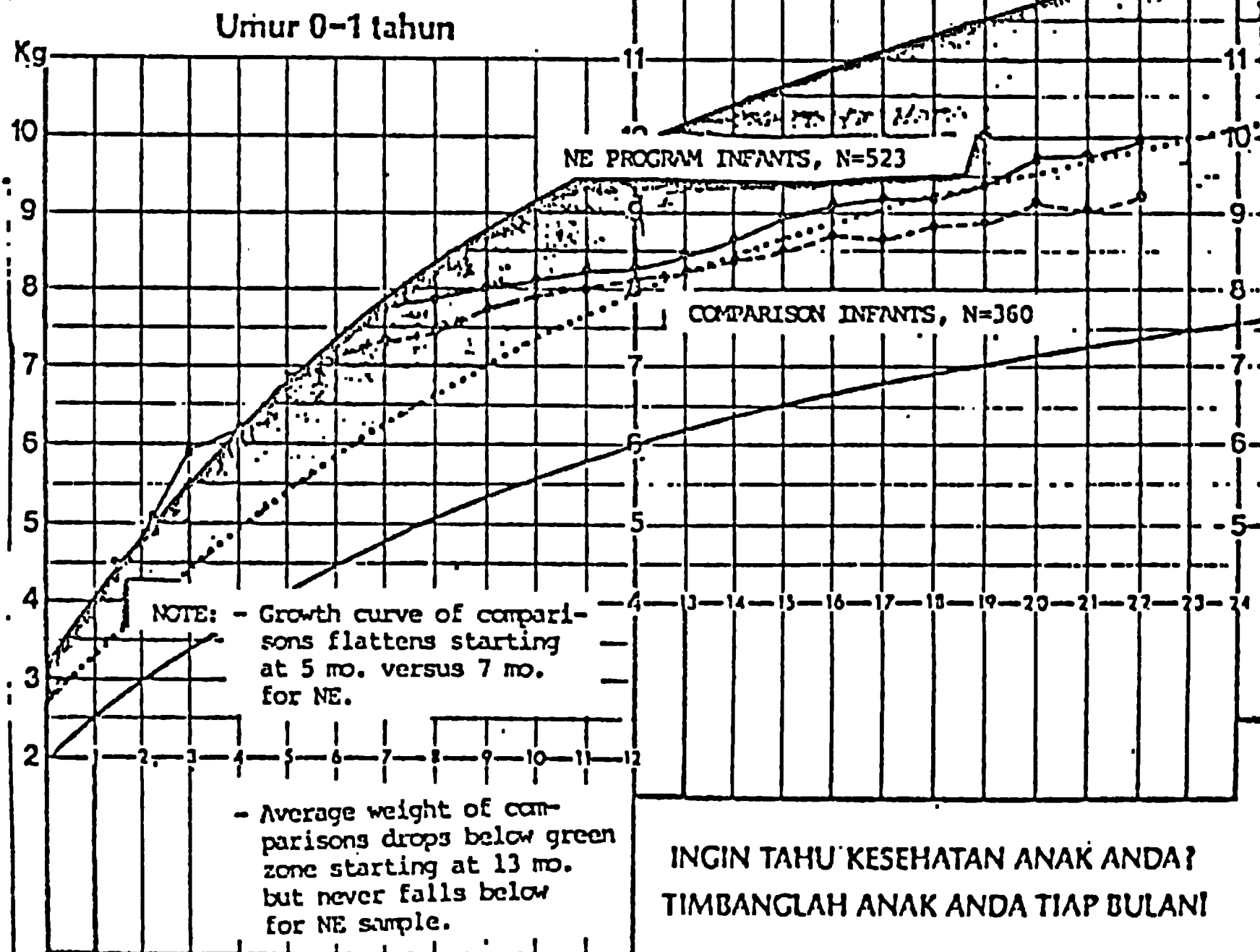
1 gelas Air Matang (atau 1 liter)

ADUKLAH

Average Weights of Program and Comparison Infants
(Monthly weights generated by rolling averages in
three-month clusters, with average cluster size
equal to 70.1 for program and 47 for comparison
samples.)

Berikan segera 2-3 gelas larutan. Setelah itu,
setiap kali cecet berikan lagi satu gelas
larutan.

Umur 1-2 tahun



INGIN TAHU KESEHATAN ANAK ANDA?
TIMBANGLAH ANAK ANDA TIAP BULAN!

Isilah kolom ini dengan bulan dan tahun kelahiran anak. Isilah
kolom bulan berikutnya dengan bulan-bulan selanjutnya.

El análisis del componente de medios de comunicación del proyecto indicó que fue la calidad de la educación la que hizo la diferencia; particularmente en la comunicación cara a cara en donde los kaders se ayudaban con los Afiches de Acción. Tanto los Afiches de Acción, como las sesiones de control de peso, como foro educativo, favoreció la entrega precisa del mensaje preciso para la madre precisa en el momento preciso en su necesidad precisa. Aparentemente, se lograron aumentos en el conocimiento al utilizar los mensajes radiales para reforzar el trabajo de los kaders en la provincia en donde se habían transmitido.

COSTO DEL PROYECTO

El costo de este proyecto, por beneficiario, fue el más bajo de seis ¹ intervenciones de programas nutricionales financiados por el Banco Mundial. Para analizar el costo del proyecto de educación nutricional, se utilizaron gastos reales para calcular los costos de la fase inicial, luego con las cifras reales se hicieron las estimaciones para la fase de expansión. Se mantuvo la distribución entre costos no recurrentes (compra de vehículos y equipos, servicios de consultoría, entrenamiento único y diseño de materiales y mensajes) y los recurrentes (supervisión, salarios, producción demateriales, etc.) para el análisis de cada fase del proyecto. Ho hizo el cálculo que el costo anual del proyecto, por beneficiario (niños 0-24 meses y mujeres embarazadas y lactantes) era de \$3.94 durante la etapa piloto, pero el costo anual por beneficiario en caso que el proyecto se extendiese a otras áreas del país se reduciría a \$2.05 (comparado con los costos de \$20 y \$56 por beneficiario en los programas de alimentación). Basándose en los cálculos de Ho sobre el costo del proyecto, y en el hecho de que 40% de los niños de EN estaban creciendo mejor a los 24 meses de edad, comparados con los de la muestra, el costo por niño con un estado nutricional mejorado sería de \$9.85 por año para el proyecto piloto y de aproximadamente de \$5.13, por año para la expansión del programa.

CONCLUSIONES

El Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial vió este proyecto con agrado cuando en 1984 revisó los proyectos que habían sido financiados por el Banco:

"El bajo costo de la educación nutricional como la llevada a cabo en Indonesia parece especialmente atractivo. Que fue más bajo en costo que los programas que requieren productos alimenticios no es de sorprender, la pregunta es si fue efectivo. La evidencia ha mostrado que la educación nutricional por si sola puede hacer una diferencia

¹T.J. Ho. Economic Issues in Assessing Nutrition Projects: Costs, Affordability and Cost Effectiveness. Staff Technical Report, Washington, D.C.; World Bank, 1984.

en el mejoramiento del estado nutricional. Los nutricionistas han persistido en la promesa de esta posibilidad: la experiencia Indonesa es la primera vez en que se ha probado en un ambiente operacional".¹

Consideramos que el éxito de este proyecto demuestra el valor de utilizar los enfoques del mercado social para la educación nutricional -la observancia de las disciplinas del mercado social en la formulación de planes; desarrollo y ejecución de todas las tareas del componente, especialmente de los mensajes y las estrategias de los medios de comunicación; y la concentración en los problemas prioritarios nutricionales que habían sido identificados por los participantes en el proyecto. Los temas de mayor relevancia en la lista de verificación merecen mención especial:

- Identificación de problemas prioritarios de salud y nutrición,
- Identificación del grupo-objetivo,
- Cumplimiento de las disciplinas de diseño de mensajes y de la formulación de planes para los medios de comunicación,
- Solidez en la consistencia de los mensajes,
- Medidas adecuadas para una correcta exposición de los mensajes.

La experiencia del Proyecto de Educación Nutricional en varias áreas nuevas debe también enfatizarse de nuevo:

1. Apoyo a la participación local y control en el contexto de un proyecto administrado centralmente con mensajes y materiales estándares.

Desde el inicio, el proyecto contaba con equipos intersectoriales en cada nivel administrativo en los subdistritos piloto. Estos equipos estaban constituidos por representantes de diferentes agencias y grupos, trabajaban con las comunidades y contaban con un presupuesto que les permitía supervisar el trabajo en el área. El personal del centro de salud del distrito coordinó y supervisó el trabajo de la comunidad y tuvo la suficiente autoridad como para adaptar las políticas generales del proyecto a las condiciones locales. El funcionamiento concienzudo de estos grupos aseguró un buen trabajo comunitario y un espíritu de camaradería entre los trabajadores voluntarios (kaders). Para promover la práctica de un control compartido, se diseñaron medios especiales de comunicación a manera de mantener a los equipos informados sobre las actividades y progresos del proyecto.

¹World Bank Department of Population, Health and Nutrition.' Nutrition Review. Washington, D.C.: World Bank, 1984.

2. Afianzamiento de la participación del grupo-objetivo en la planificación de la estrategia para los medios de comunicación

Este era uno de los objetivos principales del proyecto y guiaba cada paso de su desarrollo -en tanto se determinaban los conceptos prioritarios, se diseñaban los mensajes y materiales y se monitoreaba su implementación. La fase de prueba de conceptos, que insta a las familias a probar recomendaciones potencialmente útiles, fue esencial para lograr cambios subsecuentes en las prácticas cotidianas que, por su relevancia y especificidad, contribuyeron a la estrategia en general.

3. Los objetivos de los medios de comunicación fueron expresados en términos de comportamiento específico para acciones nutricionalmente apropiadas que las familias pudiesen efectuar con sus propios recursos para corregir los problemas nutricionales.

El proyecto cumplió su cometido a través de un proceso educativo que promovía la auto-suficiencia y el mejoramiento del estado nutricional. Se acordó que ésto no se podría efectuar solamente proveyendo información nutricional con recomendaciones de cómo se pueden cumplir los principios de la nutrición. Por lo tanto, se identificaron algunas prácticas prioritarias y las resistencias para adoptarlas se tornaron en el punto central de la educación.

4. La audiencia se dividió en segmentos y los materiales fueron diseñados a manera que los mensajes alcanzan el objetivo -entregados a aquéllos con necesidad de contar con información inmediata.

Tanto los Afiches de Acción como las cuñas radiales se dirigían a una sola audiencia-objetivo y a un problema a la vez: Al niño que comenzaba a comer alimentos sólidos, la dieta de la madre durante la lactancia, etc. Aunque los medios de comunicación no trataban igual a todas las madres, ellos ni se aburrían, ni se confundían con la información que no era dirigida a ellas. La táctica era enfocar una necesidad previamente identificada, cuando, dónde y para quién era esencial y minimizaba todos los factores extraños.

5. La estrategia de los medios de comunicación combinó la comunicación cara a cara con la radio.

Se reconoció que entre más individualizado era el consejo, más impacto causaba. Por lo tanto, el medio principal fue el trabajador voluntario de nutrición y el foro (las sesiones mensuales de control de peso). El kader fue entrenado para enfocar los temas más importantes y para aconsejar a las madres con recomendaciones específicas después de que su niño era pesado. El Afiche de Acción ayudó a los kaders en las sesiones de consultoría, a la vez que ayudó a eliminar distorsiones de los mensajes por los propios kaders y sirvieron como una "llamada a tomar acción", para las madres después de las sesiones. La radio repetía los mensajes de los kaders lo que les daba más autoridad a sus recomendaciones así como al personal del centro de salud.