



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A

**Ricardo Argueta Martínez, q.e.p.d.
María Silvia Enríquez Vázquez
Alejandra Argueta Enríquez**

(Hogar donde todo empezó)

A

David Rodríguez Rojas

(Compañero de viaje)

A

Fernanda Rodríguez Argueta

(Mi regalo de vida, mi motor, mi aliento)

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| Introducción | 7 |
| 1. Salud | 11 |
| 1.1 ¿Qué es la Salud? | 11 |
| 1.2 Situación de la Salud en México | 22 |
| 1.2.1 Algunos antecedentes | 22 |
| 1.2.2 La Reforma de 1994 en el Sector Salud | 29 |
| 1.3 La Salud en años recientes | 38 |
| 2. Comunicación | 71 |
| 2.1 ¿Qué es la Comunicación? | 71 |
| 2.1.1 Comunicación para la Salud | 75 |
| 2.2 Medios de Comunicación y Salud | 90 |
| 2.2.1 COMSALUD en México | 94 |
| 2.3 Promoción de la salud | 102 |
| 3. Tecnologías de Comunicación | 121 |
| 3.1 Historia de Internet | 124 |
| 3.1.2 Internet en México | 131 |
| 3.2 Tecnologías de Comunicación en la promoción, prevención y atención de la salud | 139 |
| 3.2.1 Internet y Salud | 142 |
| 3.2.2 Sistema e-México | 146 |
| 3.2.3 Sistema e-Salud | 152 |
| Conclusiones | 163 |
| Anexo 1 | 173 |
| Anexo 2 | 179 |
| Bibliografía y Hemerografía | 192 |
| Web | 196 |

Introducción

Abordar un tema como la salud exige revisar aspectos muy diversos y complejos. Se trata de un asunto que concierne a la sociedad en su conjunto no solo por las implicaciones individuales sino colectivas.

En una época como en la que vivimos, con poblaciones tan grandes, necesidades tan heterogéneas y escenarios de vida tan diversos, es necesario advertir la trascendencia de temas como éste.

El presente trabajo está inspirado en la necesidad de concientizar sobre la relevancia de la salud más allá del papel que ejerce la medicina curativa. Si bien la investigación con fines de salud ha sido considerada como uno de los avances más impresionantes de los que el ser humano ha sido protagonista y uno de los logros más significativos del siglo XX por la cantidad y la calidad de conocimientos que han permitido llevar a millones de seres humanos a mejores condiciones de vida, debemos tomar en cuenta que en torno a ella hay una serie de elementos que pueden contribuir activamente en la consolidación de ese propósito.

Hablamos, en otras palabras, de recursos y herramientas que en los últimos tiempos han cobrado una gran presencia en la vida diaria y que, sin embargo, han focalizado su atención en objetivos que inevitablemente, los han hecho perder de vista sus posibilidades como agentes de mejoramiento social.

Nuestro presente está inmerso en ambientes económicos, políticos y sociales de cambios vertiginosos, de competencia y capacidades ilimitadas. En ese contexto, es imprescindible conocer el entorno y adquirir las capacidades necesarias para coexistir en él y con él. Y, por lo tanto, hacer sustentables los descubrimientos, los avances y la aplicación de los conocimientos que la ciencia y la tecnología generan cotidianamente.

Concientizar no es una tarea sencilla. Sin embargo, es una necesidad que día con día adquiere una mayor importancia de acuerdo con las necesidades mismas de la sociedad y del medio en que vivimos.

El quehacer, en este sentido, es llevar la información tanto a los rincones más apartados como a los lugares donde los privilegios de la civilización son más evidentes.

Justamente aquí es donde se inscribe el papel de las herramientas que el mismo desarrollo nos ha ofrecido. En concreto, el papel de los medios de comunicación y las Tecnologías de Información.

La propuesta de este trabajo es, precisamente, hacer ver las ventajas de la relación salud-medios de comunicación partiendo del supuesto en el que las tecnologías de información son medios propicios para eficientar tanto la información como las soluciones a los problemas de salud/enfermedad.

Tal como se plantea a lo largo de la investigación, la idea es llegar a un estado de conciencia tal, que la cultura en materia de salud se vea drásticamente modificada, a través de medios de comunicación tradicionales o nuevos con todas las posibilidades para difundir mensajes que promuevan el cuidado de la salud.

El contexto que nos envuelve, exige que la salud sea una cuestión de cuidado y control personal, especialmente de prevención, y en ese sentido está encaminada la propuesta de este trabajo. Las razones son suficientes y claras.

A lo largo de los siguientes capítulos se hace una revisión de la situación de salud en México a partir de la conformación de instituciones como el IMSS, la SS o el ISSSTE, hasta la forma en que la vanguardia tecnológica ha transformado su manera de operar con el fin de cubrir la creciente demanda de servicios que exige la sociedad.

Entender la salud como un recurso para la vida diaria, nos ha obligado a observar las características históricas de un sistema que tiene un largo camino por andar en la búsqueda de mejores esquemas de

bienestar. El capítulo uno muestra, precisamente, un panorama de ese esquema en el que se contempla y se cuestiona el papel de las instituciones bajo una concepción estricta de lo que debe entenderse por salud, de cara al siglo XXI.

Más adelante, en el capítulo 2, insistimos en el papel que juega la comunicación como un factor esencial en la definición de estrategias, planes y políticas que hagan más eficaz el trabajo de las mismas instituciones y organismos encargados de la salud.

La comunicación es una capacidad que debemos poner en práctica. Pero hablar de comunicación para la salud, significa establecer pautas concretas que se conviertan en resultados positivos para todos los agentes involucrados. Si se trata de salud, los conocimientos y los medios deben estar al alcance de nuestras manos.

De ahí, se desprende la importancia de difundir por el medio más conveniente, la información que nos haga presenciar el desarrollo de sociedades más íntegras, más capaces de resolver las contingencias, sin reparar en obstáculos derivados de la incapacidad o la negligencia.

Uno de los puntos medulares de esta investigación, es justamente el insistir en la conveniencia de redireccionar el papel de los medios de comunicación. No se trata de coartar la diversidad de ofertas que los medios han propuesto, sino de encontrar canales que hagan más fácil el acceso a esa información esencial para el mejoramiento de la vida del ser humano.

El capítulo 3 ejemplifica la manera en que la tecnología puede converger en pro de una mejor comunicación entre los proveedores y servidores de la salud, los pacientes y/o la sociedad en su conjunto y, sobre todo, la manera en que puede participar en la consolidación de esa cultura de información en pro de la salud, la prevención y el autocuidado con beneficios a gran escala.

El trabajo desarrollado intenta señalar la compleja labor de un esquema nacional de salud, pero al mismo tiempo, mostrar los grandes

beneficios que puede ofrecer la apertura hacia nuevas herramientas con la finalidad de fomentar estados de vida saludables.

El asunto va más allá de convencer sobre la importancia de la relación salud y comunicación. Es necesario romper los tabús sobre el uso de tecnologías que pueden facilitar el trabajo encaminado a la salud. Se trata de mostrar las posibilidades de un trabajo conjunto, coordinado y comprometido, que vigile de cerca los resultados en salud. Los beneficios, en este sentido, pueden ser trascendentales.

Por el momento, esperamos sea un documento que inspire a nuevas aportaciones en la materia.

***“Si la existencia es el primer bien,
el segundo es el modo de existir”.***
Simón Bolívar

Capítulo 1. Salud.

1.1 ¿Qué es la salud?

Vivimos en una época de extraordinarios progresos. Hemos sido testigos de los avances más significativos tanto en las ciencias como la tecnología y en consecuencia, hemos presenciado los más diversos cambios en la forma de aplicarlas.

El constante trabajo en la investigación ha dado lugar a descubrimientos que, en determinado momento, hicieron del hombre un ser mejor adaptado a su medio ambiente.

La explosión tecnológica experimentada a finales del siglo XVIII es una muestra de ello. Con extraordinaria rapidez, dio paso a modificaciones importantes en las formas de vida y en la percepción del mundo respecto a sociedades en constante movimiento y evolución.

Presenciar procesos tan rápidos e innovadores trajo consigo tendencias contrapuestas en la forma de asimilar los cambios que estos originaron.

Por un lado, las mejoras en el rendimiento del trabajo, el aprovechamiento de la energía, la lucha contra las enfermedades y la liberación de las tareas más pesadas en los procesos productivos (con la utilización de máquinas), nos han hecho suponer una mejora general en las condiciones de vida para la humanidad entera.

Sin embargo, las pugnas económicas y políticas, el uso indiscriminado o abusivo de las técnicas industriales (causante de los más severos focos de contaminación), el consumo masivo de los recursos naturales y el latente poder destructivo de las armas nucleares, químicas y bacteriológicas que poseen los países tecnológicamente

avanzados, plantean una seria interrogante sobre el papel, los fines y los resultados de la ciencia y la tecnología.

Cada paso en estas áreas del conocimiento tiene, sin lugar a dudas, una importancia incalculable, tanto que los beneficios para el hombre son visibles en su capacidad de supervivencia. Los elementos de la naturaleza han sido modificados y su utilidad es evidente.

El hallazgo de la electricidad, por ejemplo, condujo a la invención de los generadores y motores eléctricos. El resultado de esto, fue la invención de la máquina de combustión interna, que inauguró la era de los combustibles derivados del petróleo refinado, como la gasolina y el gasóleo.

Los avances en las técnicas de aprovechamiento de la energía, promotoras de la explotación de nuevos recursos, tuvieron en su conjunto una gran repercusión para la industria y la sociedad del siglo XIX: La metalurgia, la química, la industria textil y la revolución de la medicina se convirtieron en los principales campos de inversión y desarrollo.

Sin embargo, la explosión experimental de la primera bomba atómica¹ marcó el inicio de una época de constantes e inimaginables avances que hoy en día nos han colocado en la disyuntiva de reorientar su utilización en un beneficio real para las nuevas generaciones.

La primera mitad del siglo XX se caracterizó por una búsqueda constante en el dominio de la energía atómica. Las principales innovaciones tecnológicas de ese periodo se concretaron en la obtención de nuevos materiales para la construcción, textiles, plásticos, sustancias antiinfecciosas (penicilina) y antibióticos.

Al mismo tiempo, se trabajó en la mejora de los conocimientos agrícolas y en las técnicas de conservación de alimentos, el predominio

¹ Alamogordo, Nuevo México, 16 de julio de 1945.

del automóvil como medio de locomoción local y la invención del aeroplano.

Por otra parte, se dio especial importancia al desarrollo de armas bélicas, en un contexto que identificó a esos años como un parte aguas en el curso que habría de tomar la investigación científica, tecnológica y militar.

A finales de la segunda guerra mundial, los estudios sobre energía atómica de fisión, procedente del uranio y el plutonio, desencadenaron una acelerada carrera armamentista que repercutió globalmente sobre el desarrollo tecnológico.

Si bien, los parámetros básicos que definieron estas décadas se concentraron en la fabricación de materiales como la fibra de vidrio, el adelanto en las técnicas de refrigeración, la introducción de las computadoras y sistemas automáticos en el mercado, el desarrollo de la ingeniería genética, la importancia y aprovechamiento de las telecomunicaciones y los proyectos de exploración espacial, también las definieron como el periodo de mayor incertidumbre respecto a los fines y a la forma en que serían aplicados tales adelantos.

Así, los avances del pensamiento y la experimentación científica revirtieron en el ámbito de la tecnología para lograr la incorporación de disciplinas como la automática (destinada al estudio y control de los procesos en los que no interviene el hombre de modo directo) y la informática (conjunto de técnicas dedicadas a la sistematización automática de la información) en la vida cotidiana.

Cabe señalar que así como el siglo XX inició envuelto en un acelerado proceso de asimilación de contextos, determinantes de las más diversas realidades geopolíticas, económicas y sociales que conocemos hoy en día, el siglo XXI se presenta como un nuevo reto para la ciencia y la tecnología.

Los descubrimientos que un día resolvieron los cuestionamientos más difíciles y los inventos que ayudaron a demostrar las capacidades

del ser humano, hoy se ven inmersos en una realidad mundial que busca su adaptación a las exigencias de la globalidad.

Esto significa que, hoy en día, la aplicación de nuevas tecnologías en todos los ámbitos de la actividad humana demanda sociedades dispuestas al cambio y a la asimilación de nuevas condiciones de vida. Específicamente, a las condiciones que el uso generalizado de esas nuevas tecnologías establecen para la vida cotidiana, la convivencia, el progreso y el desarrollo.

En este sentido, la educación, la economía y la salud son sectores susceptibles a la experimentación de mejores y más efectivos métodos para beneficiar a todos los sectores sociales.

El interés específico por la "salud", tema de esta investigación, radica en su carácter imprescindible para la vida misma, en el hecho de ser un ámbito susceptible a la experimentación, a la innovación y a la evaluación constante con el fin de acrecentar las posibilidades de bienestar de la población en su conjunto.

Esto exige, por lo tanto, la participación comprometida de individuos, grupos e instituciones capaces de implementar políticas que den resultados tangibles.

Es precisamente por ello que una buena parte del trabajo realizado históricamente se ha concentrado en la producción de alternativas para procurar una esperanza de vida más prolongada. De tal forma, la salud se consolida como una necesidad primaria demandante de recursos y disposición a su mejoramiento.

Si bien, a lo largo de los años se ha relacionado a la salud con sociedades prósperas y preparadas para enfrentar los medios y circunstancias más hostiles, habría que tomar en cuenta tres elementos de juicio que sirven como base para tal afirmación:

1. No es posible plantearse ningún concepto realista de desarrollo integral en el que la salud pública no constituya uno de los elementos fundamentales para determinar cualquier criterio de adelanto o progreso;

2. Si la salud pública no es realmente satisfactoria simplemente no puede existir ningún desarrollo real de ningún otro tipo: económico, social o cultural. La salud es condición para alcanzar niveles aceptables de desarrollo en otras áreas.
3. Cualquier modelo de desarrollo que pretenda privilegiar lo económico sobre lo social y, en particular, que plantee estrategias que de alguna manera incidan negativamente sobre el desarrollo adecuado de la salud pública no solo es injusto, absurdo y hasta criminal sino que es además ineficiente y lleva en sí mismo el germen del fracaso.

En otras palabras, se diría que no hay desarrollo real posible sin una salud pública adecuada, y que no es siquiera lícito hablar de desarrollos “alcanzados” si los indicadores de salud no son satisfactorios. La salud se convierte, entonces, en un elemento fundamental de cualquier esquema o modelo de desarrollo².

La Organización Panamericana de la Salud ha expresado que “la salud puede contribuir importantemente al proceso de construcción de un desarrollo sostenido que privilegia la atención a las necesidades humanas esenciales...”³

Por otra parte, la *Declaración de Sundsvall (1991)*, producto de la Tercera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, indica, según la Organización Mundial de la Salud, que “los asuntos de salud, medio ambiente y desarrollo humano no pueden separarse.”⁴

² En este sentido, se enmarca el papel de los comunicadores, líderes de opinión, formuladores de políticas y educadores.

³ OPS. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991-1994. Washington, 1991. p.10

⁴ OMS. “Promoción de la Salud. Información Pública y Educación para la Salud”. Informe de Progreso presentado por el Director General de la Organización Mundial de la Salud a la Quincuagésima Asamblea Mundial de la Salud. Doc. A45/5 del 13 de abril de 1992.

Igualmente, dice la OMS, “la salud no se puede alcanzar o mantener sin un entorno que le dé apoyo, lo que debe incluir soportes en los ambientes social, cultural, económico y político.”⁵

Es importante anotar que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), reconoce esta relación estrecha entre salud y desarrollo al postular a la “longevidad” como una de las tres grandes dimensiones para la elaboración de su *Índice de Desarrollo Humano* (IDH).

El mismo Programa define esta longevidad como “la capacidad de disfrutar una vida prolongada y saludable”⁶, y afirma la idea al señalar que “en lo que respecta a la dimensión de la longevidad, se ha escogido como variable la esperanza de vida al nacer”.⁷

Aunque parece que el desarrollo y progreso de tecnologías que garanticen la supervivencia en los medios más hostiles es una prioridad, tenemos frente a nosotros una realidad que exige acciones concretas para resolver las demandas más diversas.

Pero, ¿Qué es la salud? Durante mucho tiempo fue definida en términos negativos. Entendida como “la ausencia de enfermedades e invalideces”.

Según palabras de María Belando Montoso y Eloy López Meneses (en el documento *Educación para la salud e internet: vías de información y formación para la mejora del desarrollo profesional del educador social*),⁸ esta visión supondría el hecho de acotar un límite entre lo normal y lo patológico, lo que no siempre es factible. Los conceptos de normalidad cambian con el tiempo.

Así, hablaríamos de un término que designa el correcto funcionamiento y el estado de normalidad del organismo cuando no

⁵ OMS. Op. Cit. p.4

⁶ PNUD. “Informe sobre Desarrollo Humano 1993”. New Cork, 1993, p.120

⁷ Ibid.

⁸ Especialistas en Educación para la Salud en las Universidades de Murcia y Cáceres, respectivamente.

existen trastornos o alteraciones patológicas que lo impidan. El concepto se opone, en todo caso, al de enfermedad, en la cual se ven alteradas las condiciones anatómicas y fisiológicas de los individuos debido a una gran diversidad de factores.

En este sentido, todavía hoy, la mayor parte de los gastos públicos en salud se destinan a servicios, instalaciones, equipamiento tecnológico, e investigación para tratar las enfermedades, por lo que no es extraño que tal concepción de la salud siga ejerciendo una gran influencia en la sociedad en general.

La *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* de 1948 define a la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.⁹

Esta definición, ampliamente divulgada en el ámbito internacional –que define la salud en términos afirmativos y ofrece una importante innovación al introducir las áreas mental y social en el mismo concepto– no se salva de los cuestionamientos respecto a su criterio, al equiparar bienestar con salud o al asegurar que las personas con salud son las que experimentan un completo bienestar físico, mental y social, cuando la salud es un estado dinámico que cambia en función de diversas variables.

“La OMS, al postular que la consecución del grado máximo de salud, definido como “completo bienestar físico, mental y social”, es un importante objetivo social, plantea un propósito indeterminado, desvinculado de la realidad concreta, de las sociedades históricas concretas, de las clases y grupos sociales que las componen. La noción del “completo bienestar” es una noción subjetiva, relacionada con la sensación de “sentirse bien” y, por tanto, inaplicable a los diferentes grupos sociales, en los cuales esta sensación varía de acuerdo con su forma de trabajo y de vida, y de una serie de valores sociales asociados a éstas. Los fenómenos biológicos no se vuelven “anormales” o

⁹ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

“patológicos” por sí solos, sino que se necesita una interpretación que los considere como síntomas de una enfermedad, y esta interpretación está socialmente determinada.”¹⁰

Terris (1980) proponía ver a la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹¹

El autor sugería que dicha noción se basa en dos criterios: uno subjetivo (bienestar) y otro objetivo (la capacidad de funcionamiento), y elimina la palabra “completo” al explicar que ni la salud ni la enfermedad son un absoluto, sino un continuo.

Por su parte, San Martín y Pastor, afirman que la salud es un “proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, fundamentalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o desfavorables), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad”.¹²

Para ellos, el criterio psico-ecológico-social es básico en la adaptación biológica, mental y social del individuo, por lo cual no se puede definir a la salud como un estado absoluto. En otras palabras, la salud tiene una íntima relación con el entorno ecológico y social que es en sí variable.¹³

“...la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas tanto como la enfermedad implica las ideas de variación y de desadaptación. No puede, entonces, admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios,

¹⁰ Asa Cristina Laurell, Notas para un marco teórico para la investigación en sociología médica, México, UAM Xochimilco, p12. COPLAMAR, *Necesidades esenciales de México. Salud*. México, Siglo XXI Editores, 1983, 2ª. Edición.

¹¹ La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. México, Siglo XXI. (1980)

¹² Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid. Díaz de Santos, 1988, p.13

¹³ La OMS reconoce, en su Glosario de Promoción de la Salud, que la dimensión espiritual de la salud es cada vez más aceptada.

que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.”¹⁴

Cabe señalar que, en 1985, la Oficina Regional Europea de la OMS definió la salud como “la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”.

Según lo anterior, la salud no es un fin en sí mismo, sino un recurso para la vida cotidiana.

De tal forma, la concepción acerca de la salud toma un rumbo mucho más interesante en el que se potencian tanto los recursos sociales y personales como la capacidad física, que abarca aspectos objetivos (capacidad de funcionamiento), subjetivos (bienestar) y de tipo sociológico (respuestas del individuo a los estímulos del entorno con el fin de conseguir un equilibrio dinámico con éste), dándole al mismo tiempo, un carácter esencial en la calidad de vida.

Una visión que reviste igual importancia es precisamente la que considera a la salud como un “derecho humano fundamental.” En este sentido, la OMS sugiere una percepción ecológica de acuerdo con la cual el hombre, un ser biológico, cultural y social, forma parte integrante de la naturaleza.

El sistema ecológico del hombre comprende la interacción entre poblaciones humanas y su ambiente constituido por el conjunto de factores físicos, químicos, biológicos y sociales.

La relación más importante que liga al hombre con su ambiente es el proceso de adaptación que, por un lado, se refiere a la acción transformadora de las sociedades humanas para adaptar el ambiente a sus capacidades de vida y, por el otro, a la adaptación humana a los diversos factores biológicos, culturales y sociales presentes en su ambiente.

¹⁴ Hernán San Martín. Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente. México, La Prensa Médica Mexicana, Ediciones científicas, 1983, 2ª edición, pp.96 y 97

“Hombres, ambiente, cultura y organización social forman el ecosistema humano. Sus interacciones pasadas son la historia. Sus problemas presentes son el desarrollo de sus elementos, recordando que los estímulos que parten de cada uno de sus componentes conforman, a través de su compleja interacción las características de su futuro inmediato y lejano. En esta interacción ecológica deben buscarse los factores que explican el estado de salud de la población (...) Ese estado de salud obedece a las condiciones actuales del medio construido o a los esfuerzos adaptativos que imponen esas condiciones, lo que permite considerar como ecosistema de la salud a la visualización del ecosistema humano desde esa perspectiva específica.”¹⁵

Diría la socióloga Alejandra Jablonska que “a la salud hay que entenderla, por lo tanto, como resultante del éxito del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente humano total, adaptación que presupone un estado de equilibrio, de armonía entre el organismo y el ambiente.”¹⁶

Al respecto, la *Carta de Ottawa* destaca determinados prerrequisitos para la salud. El reconocimiento de estos, pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de salud.

En consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual

¹⁵ OPS, Centro Panamericano de Planificación de la Salud, Formulación de políticas de salud, Santiago de Chile, julio 1975, p.21

¹⁶ “La política de salud de la OMS: propuesta para los países en vías de desarrollo”. En Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales número 153, p.92

que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar tanto individual como colectivo.

Cabe mencionar que en el contexto de la *promoción*, la salud no ha sido considerada como un estado abstracto sino, precisamente, como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Según lo anterior, la salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Hablar de Salud, por lo tanto, representa el hecho de evaluar y producir escenarios favorables al desarrollo.

Conservar un estado óptimo de salud se traduce en mejores capacidades y aptitudes, en mejores oportunidades y resultados, incluso, en los proyectos esenciales para cualquier ámbito a nivel nacional y en la relación de un país con otros en determinado momento.

Para el caso específico de México, habremos de analizar algunos aspectos que ilustrarán mejor la necesidad de proveer mejores condiciones para la salud y en consecuencia, para un desarrollo óptimo e integral.

1.2 Situación de la Salud en México.

1.2.1 Algunos antecedentes.

Cuando en 1943 fueron establecidos el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)¹⁷ y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se buscaba un eje institucional que permitiera encauzar la modernización sanitaria de nuestro país en áreas específicas.

La idea era, por un lado, apoyar la industrialización de las principales urbes, bajo la conducción gubernamental y la oferta pública de servicios integrales. Y, por el otro, poner en marcha toda una red de combate a problemas específicos de salud.

Se trataba de implementar un modelo probado con excelentes resultados en otros países y de adecuarlo a los requerimientos de la época, dada la escasa oferta de servicios privados y la intención de dirigir los servicios médicos en apoyo del crecimiento económico.

Al mismo tiempo, con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, se asignarían recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública.

El objetivo era cubrir a la población que había quedado al margen de la seguridad social establecida por el IMSS (incluida la mayor parte de los campesinos).

¹⁷ En diciembre de 1942, el presidente Manuel Ávila Camacho envió al Congreso la Iniciativa de Ley del Seguro Social, en la que proponía cumplir con uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana: "proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales". El 19 de enero de 1943, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, la Ley del Seguro Social, que determinaba como finalidad principal de la Seguridad Social, **garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.** Como instrumento básico de la seguridad social se establecía el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decretaba la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tabla 1. Grupos de prestadores de servicios del sistema de salud en México

- a) el que atiende a la población no asegurada;
- b) el que atiende a la población que cuenta con seguridad social, y
- c) el sector privado.

La definición y el cálculo de la población que debe atender cada una de las instituciones encargadas de la prestación de servicios es fundamental para las tareas de planeación y organización del sistema de salud. Son diversas las fuentes de información y registro que se han empleado para dar respuesta a este dilema. A la fecha, sin embargo, no se cuenta con una respuesta que satisfaga a todos los interesados en aclararlo.

Las instituciones de seguridad social registran, a través de sus sistemas de afiliación y vigencia, a la población asegurada. Este sistema es muy eficiente pues es sensible al dinamismo que presenta esta población, ya que se basa en el registro de altas y bajas a las instituciones de seguridad social. De la cifra de población asegurada se deriva el cálculo de la población derechohabiente, que se obtiene al aplicar un factor de expansión.

Por su parte, el *Censo de Población y Vivienda*, y algunas encuestas sociodemográficas y de salud han incorporado preguntas sobre afiliación a las instituciones de seguridad social y el tipo de servicios de salud que son utilizados por cada uno de los miembros del hogar.

La población abierta se ha calculado de diferentes formas: mediante la diferencia entre la población total y la que se considera población derechohabiente o mediante la aplicación de un factor a la disponibilidad de recursos.

El IMSS-Solidaridad cuenta, asimismo, con un sistema de registros que le permite estimar la población que habita en las localidades donde se encuentran ubicadas sus unidades. A esta población se le suma la que reside en las localidades conocidas como intensivas.

Fuente: Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en México: Definición y Construcción. Síntesis Ejecutiva. Pág. 3

Aunque nuevo y de amplias perspectivas, este modelo de seguridad social en ningún momento incluyó mecanismos normativos o de estructura que garantizaran la eficiencia y competitividad de los servicios de salud. Sin embargo, las consecuencias no se vieron sino hasta algunos años después.

“Al privilegiarse el apoyo gubernamental al desarrollo económico y a la atención curativa, a través de las instituciones de salud, se puso menor atención a las políticas de salud pública. Los Servicios Coordinados asumieron mayores responsabilidades de atención directa a la población abierta y el Departamento de Salubridad perdió su papel estratégico normativo y financiador a favor de la población en su

conjunto. La separación definitiva de los servicios para la población asegurada y para la población abierta le dio a cada institución funciones normativas y presupuestarias independientes, lo cual dificultó la coordinación y propició mayor inequidad".¹⁸

Entre 1955 y 1961, el proceso de industrialización se había profundizado y el sector manufacturero constituía el de más acelerado crecimiento.

La cobertura del IMSS se había duplicado en tan sólo cinco años (1953-1958), amparando hacia 1960, a más de 3 millones de personas. No obstante, la SSA atendía a 23 millones de mexicanos (durante ese periodo, la misma Secretaría se encargó de promover los programas de viruela y paludismo, que constituyeron las primeras grandes iniciativas de la Organización Mundial de la Salud).

Con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, se consolidaron también los sistemas de pensiones y prestaciones de los burócratas federales. Entonces, se privilegiaba también la relación política entre el gobierno y los diversos grupos estratégicos para la producción y el crecimiento económicos.

La cuestión de la eficiencia en los servicios de salud ocupaba, evidentemente, un lugar secundario. Por lo tanto, no había una idea rectora que organizara el sistema de salud en su conjunto. Trabajadores de empresas como Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y la Comisión Federal de Electricidad, no estaban incorporados al sistema de seguridad social y, dentro de la SSA había puntos de vista divididos sobre la asignación y organización de los recursos.

Se había generado ya, una burocracia altamente centralizada y con graves fragmentaciones y, por lo tanto, un grave problema de incongruencia entre demanda de servicios y oferta pública.

¹⁸ PRSS, 1995-2000. pág 10

La sobre posición de responsabilidades oficiales entre la seguridad social y los servidores asistenciales ocasionó un estancamiento en la expansión del IMSS y, como consecuencia, en la del modelo de seguridad social.

El Ejecutivo Federal rompería entonces con el modelo de oferta exclusiva de ese instituto hacia los asegurados y sus beneficiarios, al legislar la entrega solidaria de recursos del IMSS a la población de menores recursos.

El primer trabajo en este sentido, se hizo con apoyo del programa de desarrollo rural puesto en práctica por la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo). Con ello se conservaba la autonomía financiera y de prestación de servicios del IMSS, pero abarcando a población originalmente al cuidado de la SSA.

Esa obligación de “redistribución solidaria” de la seguridad social se mantuvo intacta hasta que se puso en marcha el Programa IMSS-Coplamar.

Este programa formó parte de los trabajos de combate a la marginación promovido entre 1976 y 1982. El gobierno federal lanzaba una iniciativa para ampliar sustancialmente la cobertura a la población marginada con el apoyo de los recursos derivados del auge petrolero.

Al convertirse en el administrador de ese programa, el IMSS pudo cumplir sus compromisos de apoyo a la red subsidiaria por medio de recursos administrativos ya existentes¹⁹.

La cobertura de la población de menores ingresos por parte del IMSS, de la Secretaría de Salud y otros servicios asistenciales estatales y municipales, ponía de manifiesto la dificultad para coordinar y normar a instituciones caracterizadas por un arraigado centralismo. De ahí que en

¹⁹ Coplamar desapareció en 1983 y persistió el programa a cargo del IMSS bajo la denominación: IMSS-Solidaridad (1989).

1983, se iniciaran los trabajos de descentralización de los servicios de atención para la población abierta²⁰.

Los objetivos principales de un modelo de salud como el que se promovió en México durante todo ese tiempo, derivaron en una serie de complicaciones que a la fecha han resultado apenas superables.

La estructura conservada hasta años recientes, estrechamente vinculada con el sistema laboral, restringió su paso hacia un sistema confiable y funcional para todos.

Mientras los trabajadores asalariados de la economía formal han contado con acceso a las instituciones de seguridad social, el resto ha recibido atención en instituciones públicas como la SSA y los programas populares del IMSS, a nivel nacional.

Es de nuestro conocimiento que financiar la seguridad social en materia de salud implica un gran despliegue de recursos. Sin embargo, cabe señalar que la estructura general del Sistema de Salud ocasionó a lo largo de los años, una innumerable cantidad de vicios tanto administrativos como de servicio que fragmentaron la posible eficiencia de un modelo como el existente.

Hasta la fecha, pertenecen al régimen obligatorio de la seguridad social, los individuos que están vinculados por una relación de trabajo, los miembros de sociedades cooperativas de producción y de administraciones obreras o mixtas y los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupos solidarios, sociedades locales o uniones de crédito. Los trabajadores al servicio del Estado son cubiertos por diversos institutos de seguridad social.

²⁰ Este proceso siguió un "modelo de consolidación de origen", y de descentralización en una segunda instancia, al avanzar en la consolidación de los servicios más allá de la transferencia de recursos. En 1984, el Ejecutivo Federal decretó la descentralización de los servicios de salud a población abierta, por lo que en el período 1985 –1987 se transfirieron a los gobiernos de los estados y a la Secretaría de Salud un total de 911 Unidades Médicas Regionales y 23 Hospitales Rurales de 14 estados de la República. Esto constituyó el primer intento por reordenar el sistema de salud en su conjunto. Ver: www.imss.gob.mx

Aunque la *Ley del Seguro Social* considera la posibilidad de incorporar al régimen obligatorio a los trabajadores federales, estatales y municipales no cubiertos por algún otro sistema, como el del ISSSTE, al beneficiar también a los dependientes de los asegurados, los servicios de salud de la seguridad social cubren legalmente a sólo un poco más del 50 por ciento de la población.²¹

Los trabajadores en industrias familiares e independientes, entre los que se cuentan a profesionales, artesanos, comerciantes, ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios o patrones como personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, están al margen de la Seguridad Social.²²

El hecho de que un amplio conjunto de la población no pertenezca a este sistema de seguridad, ha dejado a la vista la ausencia de un mecanismo apropiado de distribución de riesgos.

La Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares, revela que en años recientes, el 2.3% de las familias mexicanas tuvieron gastos denominados "catastróficos", que afectaron de tal forma el presupuesto familiar, al grado de poner en riesgo la satisfacción de las necesidades básicas.

Una razón de peso para procurar la ampliación de la seguridad social, según lo anterior, está en que, debido a la afiliación formal y sistematizada de sus usuarios, es en este esquema donde con mayor facilidad pueden introducirse los elementos de calidad y eficiencia necesarios.

²¹ La población asegurada ascendía, en 1996, a 52% del total nacional. Se trata de alrededor de 48 millones de personas afiliadas a los seguros sociales. El IMSS es el mayor asegurador, con casi cuarenta millones de afiliados. Los seguros privados cubren, por su parte, un 3% de la población nacional. La población no asegurada representa el 48% del total (aproximadamente 47 millones de personas).

²² Para acceder legalmente a las prestaciones médicas del IMSS es necesario un seguro voluntario o facultativo de elevados costos, prerequisites de acceso y falta de promoción.

La medicina privada, por su parte, ha crecido al margen de las políticas oficiales. Esto le ha permitido responder de una forma más satisfactoria, a las necesidades de la población.

Tabla 2. Usuarios de servicios de salud abierta y cerrada por género y grupos de edad

| Sexo Grupos de edad | Población usuaria | Seguridad social ^a | Servicios médicos privados ^b | Servicios a población abierta |
|------------------------------------|--|--|--|--|
| Hombres | 45 352 031 | 38.5 | 34.7 | 26.8 |
| 0 a 4 años | 5 256 931 | 35.6 | 32.6 | 31.8 |
| 6 a 14 años | 10 898 810 | 35.4 | 31.2 | 33.4 |
| 15 a 64 años | 26 925 920 | 39.6 | 36.7 | 23.7 |
| 65 y más años | 2 140 382 | 46.5 | 32.7 | 20.8 |
| No especificado | 129 988 | 31.3 | 36.9 | 31.8 |
| Mujeres | 48 119 229 | 39.4 | 33.7 | 26.9 |
| 0 a 4 años | 5 080 100 | 35.5 | 32.6 | 31.9 |
| 6 a 14 años | 10 632 394 | 35.1 | 31.5 | 33.4 |
| 15 a 64 años | 29 785 096 | 41.0 | 34.6 | 24.4 |
| 65 y más años | 2 497 122 | 45.8 | 34.5 | 19.7 |
| No especificado | 124 517 | 32.4 | 37.3 | 30.3 |
| A | Incluye a las instancias de seguridad social de los gobiernos estatales | | | |
| B | Incluye a las personas que son atendidas por médicos particulares | | | |
| fuentes: | INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos de la muestra censal | | | |

Su amplia oferta le ha otorgado algunas ventajas sobre los servicios públicos sanitarios, que constantemente se ven rebasados por la creciente demanda de servicios.

De acuerdo con datos incluidos en el *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*, la oferta privada de bienes y servicios de salud es responsable de por lo menos, la mitad del gasto total, dispone del casi 30 por ciento de las camas censables, el 34 por ciento de los

médicos y brinda alrededor del 32 por ciento de las consultas médicas a nivel nacional.

Sin embargo, aun cuando su cobertura es amplia²³, las limitaciones trazadas por el propio sistema de salud ocasionan la falta de una coordinación óptima en el manejo de recursos e infraestructuras disponibles.

Tabla 3. Población asegurada y no asegurada

A partir de los resultados de la muestra censal del *XII Censo de Población y Vivienda de 2000* y de la *Encuesta Nacional de Salud 2000* se estimó el volumen de la población derechohabiente de la seguridad social y el volumen de la población no asegurada al 30 de junio de 2000. Los resultados se obtuvieron mediante el análisis de la condición de derechohabiencia de los hogares. El criterio fundamental fue considerar como derechohabientes a todos los miembros de los hogares en donde el jefe y/o la o el cónyuge están afiliados a una institución de seguridad social. Con esta estructura según condición de derechohabiencia se construyó un escenario para el año 2002 por entidad federativa, manteniendo constante la proporción de personas que cuentan con seguro privado. De los 102.4 millones de mexicanos estimados por CONAPO para 2002, 51 millones cuentan con seguridad social, 1.1 millones con seguro privado y 50.3 millones de mexicanos no cuentan con ningún tipo de seguro.

Fuente: Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en México: Definición y Construcción. Síntesis Ejecutiva.

1.2.2 La Reforma de 1994 en el Sector Salud

El proceso de reformas de gobierno y de modernización de la administración iniciado en 1994, puso en marcha el *Programa de Reforma del Sector Salud*, con el propósito de mejorar la calidad de los servicios, la cobertura de atención, el trabajo conjunto de las instituciones, el uso de la infraestructura disponible, el impulso de la participación ciudadana en el cuidado de su salud, el uniformamiento de programas y la aplicación del gasto en estados y municipios.

Este Programa, contenido en el *Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000)* contemplaba la ampliación y cobertura de la seguridad social, la descentralización hacia los Sistemas Estatales y la ampliación de la

²³ Entre la población de más bajos recursos, la medicina privada representa el 41 por ciento de las consultas otorgadas.

cobertura a la población marginada, con la aplicación de un paquete básico de servicios.²⁴

Las reformas se orientaban hacia el fortalecimiento de un nuevo modelo asistencial en el que lo preventivo destacaría sobre lo curativo. Así, la atención estaría centrada en la capacitación para la salud familiar, el ejercicio físico, la educación nutricional y la salud escolar.

El gobierno federal había planteado como problemas específicos, la salud infantil, la vacunación, el control de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, la planificación familiar, la detección y control oportuno del cáncer en la mujer, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

Y, al mismo tiempo, la elaboración de todo un plan para revitalizar la estructura administrativa en la optimización de los recursos.

El *Programa de Mejoramiento de la Gestión Administrativa de los Servicios de Salud* reconocía la importancia del papel directivo de los servicios en la prestación de la atención médica. Los últimos cincuenta años demuestran la importancia de un sistema que se ha encargado de disminuir la tasa de mortalidad de 23 a 4.7 por cada mil habitantes, entre 1940 y 1994.

Sin embargo, vale la pena insistir en que las instituciones del sector salud han carecido de incentivos para la calidad y la eficiencia. Ha existido una limitada capacitación de los trabajadores de la salud y una deficiente organización administrativa.

²⁴ Se trata de un conjunto de “intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades)”: Saneamiento básico, Planificación familiar, Atención prenatal..., Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, Inmunizaciones, Manejo de casos de diarrea en el hogar, Tratamiento de antiparasitarios a las familias, Manejo de infecciones respiratorias agudas, Prevención y control de tuberculosis, Prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus, Prevención de Accidente y Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud. Ver: Paquete Básico de Servicios de Salud en **Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000**.

Los mecanismos que promuevan la orientación de los recursos a la efectividad, en relación con su costo y buen uso, han sido prácticamente inexistentes y, las acciones preventivas gravemente minimizadas, en medio de procesos que nada tienen que ver con la procuración misma de la salud.

De acuerdo con lo anterior, es comprensible considerar los servicios como irregulares y de mala calidad, y que la atención se concentre en las intervenciones curativas en detrimento de las acciones preventivas.²⁵

La segmentación poblacional para la atención de la salud, que inició como un plan estratégico para la optimización de recursos y una mejor calidad de los servicios, dirigido a grupos específicos, se manifestó muy pronto como obstáculo para tales fines.

Se supone que estos segmentos, descritos anteriormente (población cerrada y abierta), funcionarían en paralelo al desarrollarse acciones de financiamiento y provisión.

Sin embargo, la escasa coordinación entre proveedores y las redes independientes de atención primaria y especializada del sector público, terminaron por crear un aparato que todavía no puede satisfacer las expectativas de salud y bienestar para todos.

Los propósitos de este Programa, no fueron sencillos. Se trataba de permitir la introducción de incentivos a la calidad y la eficiencia en beneficio de los usuarios, ampliar la cobertura, dar más peso a las entidades federativas en la administración de los recursos para la salud y lograr una mayor equidad a través de instrumentos claros de ampliación de la cobertura a quienes no recibían servicios básicos.

El esquema se tradujo en altos costos para el gobierno, los patrones, los trabajadores y la sociedad en general.

²⁵ Algunos estudios señalan que la prevención de una muerte infantil a través de la vacunación oportuna, tiene un costo aproximado de 130 pesos, mientras que los costos de tratamiento previos al fallecimiento de un niño, por la causa contraria, rebasa los 3000.

El problema de la Seguridad Social se manifestó particularmente grave: Los fondos de pensiones que sufragaron durante tanto tiempo, parte del acelerado crecimiento de los costos, no pueden hacerlo más.

Ante esta situación, uno de los elementos fundamentales por modificar (asunto que se planteó en el *Programa de Reforma del Sector Salud* ya mencionado) era precisamente el de los incentivos para promover la calidad, la eficiencia y la contención de costos.

Se pretendía incorporar modelos de recompensa con base en la elección de los usuarios, como una estrategia general de cada institución de acuerdo a sus intereses.

Al mismo tiempo, reconocer el derecho de los usuarios de elegir y cambiar a su médico familiar (como estímulo a los prestadores de servicios) y procurar la optimización de los recursos con medidas preventivas y de autocuidado.

Obviamente, se requería que la población viviera en un medio con la suficiente oferta de prestadores de servicios de salud, es decir, que en una misma unidad hospitalaria o localidad hubiera más de un médico de primer nivel, con el fin de lograr una mayor cobertura tanto de atención como informativa.

Al respecto, el IMSS inició una serie de acciones para implantar un nuevo modelo de Medicina Familiar, al contemplar el incremento de la capacidad resolutoria del médico familiar y la libre elección del médico por el usuario entre otros mecanismos, con el fin de elevar la calidad de prestación de los servicios.

Así, con el propósito de lograr la ampliación en la cobertura de la Seguridad Social, y la de un mecanismo que garantizara mayor calidad a los usuarios, se pretendió modificar el sistema de afiliación al reducir la participación de los patrones y trabajadores y al incrementar la participación del gobierno.

La justificación de estas estrategias estaba planteada en las perspectivas de la población, principalmente urbana, con capacidad de pagar por los servicios y que no pertenecía a la economía formal, de

tener a su alcance un medio para su incorporación en el marco de las modificaciones a la *Ley del Seguro Social*, a través de la creación de un seguro de salud para la familia.

Se contempló, en todo caso, una mayor participación del gobierno, dentro de los planes y programas de financiamiento para el ramo de la seguridad social, en cuestiones de salud.

“Menores cuotas para los usuarios de los servicios de Salud de la Seguridad Social implican mayor accesibilidad a través de la afiliación voluntaria. Al mismo tiempo posibilitan una mayor interacción con el mercado de seguros en la medida en que quienes no hagan uso de estos servicios puedan acceder al mecanismo de reversión de cuotas que, aunque vigente, se encuentra muy limitado por sus efectos desfinanciadores del seguro de enfermedades y maternidad.”²⁶

Cabe mencionar que, según lo señalado por el Programa de Reforma, en la medida en que el financiamiento se recargara más en fondos generales, la progresividad del financiamiento de la Seguridad Social estaría en condiciones de crecer y fortalecerse y, con ello, el sistema en su conjunto tendería a ordenarse y hacerse más justo y eficiente.

Sin embargo, las iniciativas necesarias a nivel local, no podían ser resueltas en medio del centralismo y la burocratización prevaleciente en la estructura de salud.

En este sentido, y de acuerdo con el *Programa para un Nuevo Federalismo*, promovido entre 1995 y el año 2000, era fundamental descentralizar los recursos destinados a la atención de la población abierta.

Este proceso no debía implicar de ninguna manera, la desaparición de objetivos y estrategias nacionales, pero sí una nueva forma de relación entre las autoridades federales y las entidades, para la consolidación de planes y metas.

²⁶ Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, pág. 21

Uno de los objetivos de este Programa fue hacer que los estados contaran con un mayor margen de acción y autodeterminación para cumplir con sus propios medios, los objetivos nacionales básicos y determinar el destino de los recursos excedentes. **(Ver anexo A del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000)**

La participación organizada de grupos, organismos no gubernamentales e instituciones, en este contexto, parecía primordial para el mantenimiento de la salud colectiva. Es aquí donde radica la importancia que la Reforma le da al *Programa de Municipios Saludables*.

Lo constituyó, de hecho, como el mecanismo que habría de regir las actividades de la comunidad en la definición de prioridades y en la realización y evaluación de programas de salud.

Si bien la estructura de la Seguridad Social ha favorecido la introducción de esquemas en los que los usuarios pueden elegir a los médicos que los atienden, por lo menos en un primer nivel de atención, las instituciones que pertenecen a este sistema son proveedoras únicas de ese bien obligatorio.

La reforma citada pretendía establecer instrumentos para la promoción y eficiencia de la prestación de servicios, ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social al facilitar la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal, concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarla en las restantes y ampliar la cobertura de servicios a la población marginada residente en áreas rurales y urbanas con acceso limitado o nulo.

Las perspectivas de esta reforma se plantearon como fundamentales para el futuro del sistema de salud en nuestro país. Los lineamientos parecían claros:

Cuadro 1

-Incorporar incentivos a la calidad y a la eficiencia en beneficio de los usuarios

-Ampliar la cobertura de la seguridad social

-Dar más peso a las entidades federativas en la administración de los recursos para la salud: Descentralización = Participación municipal en la salud

-Lograr una mayor equidad a través de instrumentos claros de ampliación de la cobertura a quienes no reciben servicios básicos, con la implementación de un paquete básico de servicios

Sin embargo, hay algunos aspectos que deben tomarse en cuenta. El arraigado modelo de Salud con el que contamos ha separado artificialmente a los grupos de población. En consecuencia, la oferta y demanda de servicios es resuelta artificialmente.

La Reforma planteó un modelo que en el futuro debía organizarse con base en una nueva lógica. En este sentido, el nivel de ingresos jugaría un papel primordial para introducir un esquema de pago anticipado a menores cuotas, con elección de los usuarios y, una importante ampliación de la seguridad social independientemente de que la población perteneciera o no a la economía formal.

De acuerdo con lo anterior, las instituciones de atención a la población abierta deberían desempeñar un papel estratégico en aquellos casos donde no es posible introducir servicios de aseguramiento anticipado.

Los cambios propuestos en los servicios públicos de salud para la población asegurada y abierta tendrían como consecuencia una transformación radical en la conformación del Sistema: La introducción de menores contribuciones de afiliación a la seguridad social y la ampliación de su cobertura significaría una manera distinta de administrar los servicios y atender la demanda en términos de la población a la que se atiende y cómo se le atiende.

Según las perspectivas de desarrollo planteadas por la Reforma, el cambio en la orientación del sistema perseguiría la ampliación de la seguridad social con el objeto de cubrir, en el largo plazo, a toda la población con posibilidades de acceder a ella (población urbana de ingresos medios) bajo un esquema de menores aportaciones y mayor financiamiento de fondos generales.

La adopción de mecanismos capaces de brindar mejores servicios orientados hacia la prevención, complementarían este proceso permitiendo mayores beneficios a un mayor número de mexicanos. De tal forma, el refinanciamiento del seguro a través de una mayor participación del gobierno federal haría posible una mayor y eficiente cobertura.

La descentralización e integración de los servicios de atención a población abierta se planteó como el eje que permitiría la formación de sistemas estatales con la capacidad de atender a la población urbana de más bajos ingresos y a la población rural a través de programas focalizados con el fin de emprender una lucha decisiva contra la pobreza.

En este aspecto, el papel del *Paquete Básico* de servicios de salud encontraría su principal objetivo.

Es importante hacer hincapié en dos puntos: A mediano plazo, la reforma se convertiría en el parte aguas de lo que históricamente fue el sistema de salud y lo que habrá de ser en los próximos años, al promover la calidad, el acceso a los servicios a la población marginada y el trabajo conjunto pero descentralizado de las fuentes de salud a nivel nacional.

A largo plazo, se planteó la necesidad de reordenar las funciones de cada uno de los actores del sistema: La SSA como rectora del sector salud, las instituciones de seguridad social trabajando en la separación de sus funciones recaudadoras y como prestadoras de servicios, en el mejoramiento de la eficiencia y el combate a la pobreza en la búsqueda de esquemas más equitativos.

Cuadro 2
Situación del sistema nacional de salud

La SSA es responsable de la conducción sectorial y de la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) para la salud, en las que se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional.

El ordenamiento jurídico del sector está basado en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: La Ley General de Salud (LGS) última actualización y la Ley del Seguro Social (LSS) última actualización, cuya instrumentación se realiza a través de las NOM, y los reglamentos y acuerdos de las instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

La supervisión y control del financiamiento público de salud se ejecuta por la Oficialía Mayor de cada institución proveedora de servicios, en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) –que asigna el presupuesto– y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (Secodam) –que supervisa los gastos.

Tras la descentralización de la SSA en 1997, La Federación mantuvo las facultades de normar los servicios de salud, ejercer el control sanitario sobre productos, establecimientos y servicios, controlar la certificación de profesionales, acreditar unidades de salud, generar estadísticas nacionales y ostentar la representación internacional.

De esta forma se ha llevado a cabo la organización, operación y vigilancia de los servicios públicos y privados, control sanitario del ambiente y la población, y el desarrollo de las actividades de promoción y fomento de la salud.

Mediante el Consejo Nacional de Salud (CNS) se realizarían las coordinaciones entre la Federación y los estados para la cooperación técnica, logística y la evaluación de los programas.

Se reconoce, sin embargo, que la coordinación entre la Secretaría y los Institutos de Seguridad Social, tras la reforma de 1995 ha sido insuficiente y que hay una larga agenda por resolver.

1.3 La salud en años recientes.

La preocupación por la situación general de salud en nuestro país, es un asunto que durante los últimos años parece haber cobrado fuerza.

Indudablemente, el propio crecimiento demográfico ha provocado una mayor atención en las cuestiones de salud, ya que de ella dependen condiciones de desarrollo tan importantes, como las actividades productivas.

La incorporación de México a organizaciones internacionales interesadas en procurar las mejores condiciones de vida para la población mundial, le han permitido involucrarse en una dinámica de desarrollo que si bien, a largo plazo promete los mejores resultados para todos los ciudadanos, no ha consolidado una “cultura de salud”²⁷ capaz de garantizar expectativas sustentables²⁸, por lo menos en el mediano o corto plazos, que son los que demandan iniciativas y acciones, para resolver los problemas de salud existentes.

Las necesidades son cada vez mayores. Y ante tal circunstancia, los requerimientos para hacer funcionales las políticas y los recursos, son costosos y complejos.

Aun cuando las tareas que constantemente llevan a cabo las instituciones y organismos encargados de procurar la salud, definen ahora un sistema que a lo largo de los años ha encaminado a la población hacia un tipo de vida de menor riesgo, de prevención y conservación de la salud, las acciones en este terreno parecen insuficientes.

Datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y otros organismos e Instituciones tanto nacionales como internacionales, entre ellos la Organización Panamericana de la Salud (OPS), revelan una situación sanitaria que

²⁷ Más adelante explicaré qué entenderemos por Cultura de Salud.

²⁸ Entendiendo por sustentable la característica o capacidad de sostenerse a sí mismo para enfrentar las necesidades o alcanzar las metas en un tiempo determinado.

exige una mayor vigilancia y participación en todos los sectores sociales, aun cuando los compromisos adquiridos por las instituciones mexicanas para estos fines no estén aislados de los que han adoptado otros países durante los últimos años para procurar el bienestar de sus pueblos.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta de los gobiernos, en materia social, sería la de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud tal que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

De la aplicación de la *Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000*, se ha revelado que, efectivamente, durante los últimos años se realizaron una evaluación y práctica más rígidas de las estrategias de salud, en los distintos países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La mayoría de ellos, respaldando al más alto nivel, las políticas y estrategias necesarias, establecidas por esta Organización, para el mejoramiento de la calidad y estilos de vida de los ciudadanos en sus propias localidades. Y sobre todo, reorientando sus acciones de salud hacia sistemas basados en la atención primaria, donde lo más importante es el papel del individuo, la familia, la comunidad, las organizaciones no gubernamentales y el personal especializado.

Según estimaciones de la misma Organización, 106 países que representaban el 64% de la población mundial en 1997, tenían una esperanza de vida promedio al nacer, superior a los 60 años, una tasa de mortalidad infantil inferior a 50 por cada 1000 nacidos vivos y una mortalidad de menores de cinco años, inferior a 70 por cada 1000 nacidos vivos. En 1975, apenas 69 países, que representaban el 30% de la población mundial, habían alcanzado esos objetivos.

Como bien sabemos, la situación de salud es uno de los aspectos que más preocupa, en cuanto al desarrollo integral de los países. Sin embargo, ni siquiera los más prósperos están satisfechos con la distribución de recursos y personal para la salud, y mucho menos con los

resultados de políticas públicas que se ven constantemente rebasadas por la creciente demanda poblacional.

A medida que los sistemas de salud se vuelven más complejos y costosos y, a medida que se perfecciona la aplicación de las tecnologías nuevas sobre las ya existentes, se hace más difícil tomar las decisiones correctas en esta materia.

El siglo XXI nos ofrece toda una gama de posibilidades en el mejoramiento de la salud. Por lo menos, las tendencias internacionales dadas a conocer por la OMS, indican que, efectivamente, los gobiernos han tomado una mayor conciencia de participación en la mejora de sus políticas sanitarias.

La creciente población establecida en las grandes urbes, como la de la Ciudad de México, demanda no sólo un espacio de habitación y satisfactores básicos para la vida diaria, sino los elementos necesarios para tener una vida de mejor calidad.

Tabla 4. Distribución de población por tipo de comunidad

| Año | Total | Menos de 2 500 habitantes | 2 500 y más habitantes |
|------------|--------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 1950 | 25 791 017 | 57.4 | 42.6 |
| 1960 | 34 923 129 | 49.3 | 50.7 |
| 1970 | 48 225 238 | 41.3 | 58.7 |
| 1990 | 81 249 645 | 28.7 | 71.3 |
| 1995 | 91 158 290 | 26.5 | 73.5 |
| 2000 | 97 483 412 | 25.4 | 74.6 |

FUENTE:

Para 1950: DGE. *VII Censo General de Población, 1950*. México, D.F., 1953.

Para 1960: DGE. *VIII Censo General de Población, 1960*. México, D.F., 1962.

Para 1970: DGE. *IX Censo General de Población, 1970*. México, D.F., 1972.

Para 1990: **INEGI**. *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*. Aguascalientes, Ags., 1992.

Para 1995: **INEGI**. *Conteo de Población y Vivienda, 1995*. Aguascalientes, Ags., 1997.

Para 2000: **INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos.**
Aguascalientes, Ags., 2001.

Hacia el año 2000, cerca del 45% de la población mundial vivía en zonas urbanas. Esto significaba ya un mayor número de problemas en cuanto a la manutención y puesta en marcha de estrategias para cubrir la demanda de alimentos, vivienda y servicios básicos.

Las grandes concentraciones poblacionales implican mayores gastos en la ampliación y operación de la infraestructura para el abastecimiento de agua potable, control de calidad de alimentos y capacitación de personal para la atención de enfermedades, incluso para garantizar la seguridad y la convivencia en medios pacíficos.

| Tabla 5. Densidad de población por entidad federativa | |
|--|-----------------|
| (Habitantes/Km²) | Densidad |
| Entidad federativa | |
| Estados Unidos Mexicanos | 50 |
| Aguascalientes | 168 |
| Baja California | 35 |
| Baja California Sur | 6 |
| Campeche | 12 |
| Coahuila de Zaragoza | 15 |
| Colima | 96 |
| Chiapas | 53 |
| Chihuahua | 12 |
| Distrito Federal | 5 799 |
| Durango | 12 |
| Guanajuato | 152 |
| Guerrero | 48 |
| Hidalgo | 107 |
| Jalisco | 80 |
| México | 586 |
| Michoacán de Ocampo | 68 |
| Morelos | 318 |
| Nayarit | 33 |
| Nuevo León | 60 |
| Oaxaca | 37 |
| Puebla | 148 |

| | |
|---|-----|
| Querétaro de Arteaga | 120 |
| Quintana Roo | 21 |
| San Luis Potosí | 38 |
| Sinaloa | 44 |
| Sonora | 12 |
| Tabasco | 76 |
| Tamaulipas | 34 |
| Tlaxcala | 241 |
| Veracruz | 96 |
| Yucatán | 42 |
| Zacatecas | 18 |
| FUENTE: INEGI. <i>XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos.</i> Aguascalientes, Ags., 2001 | |

En vista de lo anterior y, considerando que para 1997, la población mexicana ascendía a 94.2 millones de habitantes, de los cuales, el 26.5% vivía en zonas rurales y el 73%, en las ciudades, y que para el año 2000 esta cifra ya había crecido en más de 3 millones de habitantes, podemos apreciar la necesidad de estrategias específicas y adecuadas a los medios y a los diversos sectores poblacionales.

Tabla 6. Sistema Urbano Nacional 2000

En 2000, el sistema nacional de ciudades estaba conformado por 364 ciudades¹ de más de 15 mil habitantes, donde residían un poco más de 63.2 millones de personas, quienes representaban el 65 por ciento de la población nacional.

- 1 Megalópolis del centro, que integra 8 zonas metropolitanas de tamaño diverso: Ciudad de México, Puebla, Toluca, Cuernavaca, Cuautla, Tlaxcala, Querétaro y Pachuca, donde residen más de 23.52 millones de personas.
- 6 Metrópolis de más de 1 millón de habitantes, con alrededor de 11.62 millones de personas.
- 18 Ciudades Medias Conurbadas de 500 mil a 1 millón de habitantes, con 8.36 millones de personas.
- 37 Ciudades Medias No-conurbadas de 100 mil a 500 mil habitantes, con casi 10.1 millones de personas
- 47 Ciudades Pequeñas 50 mil a 100 mil habitantes, con cerca de 3.33 millones de personas.
- 248 Ciudades Pequeñas menores de 50 mil habitantes, con 6.31 millones de personas.

1 El número de ciudades constituye una aproximación preliminar, ya que aún no se cuenta con la información del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, por localidad.

Fuente:

http://www.conapo.gob.mx/distribucion_tp/principal.html

agosto, 2004

Tabla 7. Localidades rurales

Las condiciones de mayor rezago económico, social y demográfico se manifiestan ampliamente en las localidades rurales cuya población es menor a 2 500, su ubicación geográfica tiene una importancia decisiva para determinar la estructura de oportunidades a la cual tiene acceso la población. La cercanía o alejamiento de las ciudades, así como la disponibilidad de vías y medios de comunicación, determinan diferentes oportunidades de obtener un empleo bien remunerado, una vivienda adecuada a las necesidades de las familias y acceder a servicios básicos como educación y salud.

En 1995 de acuerdo a cifras contenidas en el Conteo de Población, de las 195 mil localidades con menos de 2 500 habitantes, 71 mil estaban situadas en el área de influencia de las ciudades, y en ellas vivían 10.5 millones de personas. De las que se encuentran fuera del área de influencia de las ciudades, 55 mil se encuentran cerca de una carretera, y alrededor de 69 mil están aisladas, es decir, alejadas de las ciudades y de carreteras. En consecuencia, los asentamientos ubicados fuera del área de influencia de las ciudades asciende a 123 mil y en ellos viven 7.2 millones de personas, de los cuales 6.6 millones residen en localidades aisladas.

De las localidades pequeñas situadas en el área de influencia urbana, una de cada tres tiene grado de marginación alto y muy alto. En cambio, 60 por ciento de las localidades ubicadas lejos de las ciudades pero cerca de una carretera tienen grado por ciento de marginación alto y muy alto, en tanto que quienes residen en localidades aisladas viven en condiciones de mayor privación, 70 por ciento tienen un grado de marginación alto y muy alto.

La población de las localidades situadas en el área de influencia de las ciudades es en promedio de dos mil habitantes, las ubicadas cerca de carreteras

alcanzan un promedio de 700 habitantes y las aisladas de 120.

Fuente:

http://www.conapo.gob.mx/distribucion_tp/principal.html agosto, 2004

Tabla 8. Total de población por género por entidad federativa

| Entidad federativa | Total | Hombres | Mujeres |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Estados Unidos Mexicanos | 97 483 412 | 47 592 253 | 49 891 159 |
| Aguascalientes | 944 285 | 456 533 | 487 752 |
| Baja California | 2 487 367 | 1 252 581 | 1 234 786 |
| Baja California Sur | 424 041 | 216 250 | 207 791 |
| Campeche | 690 689 | 344 334 | 346 355 |
| Coahuila de Zaragoza | 2 298 070 | 1 140 195 | 1 157 875 |
| Colima | 542 627 | 268 192 | 274 435 |
| Chiapas | 3 920 892 | 1 941 880 | 1 979 012 |
| Chihuahua | 3 052 907 | 1 519 972 | 1 532 935 |
| Distrito Federal | 8 605 239 | 4 110 485 | 4 494 754 |
| Durango | 1 448 661 | 709 521 | 739 140 |
| Guanajuato | 4 663 032 | 2 233 315 | 2 429 717 |
| Guerrero | 3 079 649 | 1 491 287 | 1 588 362 |
| Hidalgo | 2 235 591 | 1 081 993 | 1 153 598 |
| Jalisco | 6 322 002 | 3 070 241 | 3 251 761 |
| México | 13 096 686 | 6 407 213 | 6 689 473 |
| Michoacán de Ocampo | 3 985 667 | 1 911 078 | 2 074 589 |
| Morelos | 1 555 296 | 750 799 | 804 497 |
| Nayarit | 920 185 | 456 105 | 464 080 |
| Nuevo León | 3 834 141 | 1 907 939 | 1 926 202 |
| Oaxaca | 3 438 765 | 1 657 406 | 1 781 359 |
| Puebla | 5 076 686 | 2 448 801 | 2 627 885 |
| Querétaro de Arteaga | 1 404 306 | 680 966 | 723 340 |
| Quintana Roo | 874 963 | 448 308 | 426 655 |
| San Luis Potosí | 2 299 360 | 1 120 837 | 1 178 523 |
| Sinaloa | 2 536 844 | 1 264 143 | 1 272 701 |
| Sonora | 2 216 969 | 1 110 590 | 1 106 379 |
| Tabasco | 1 891 829 | 934 515 | 957 314 |
| Tamaulipas | 2 753 222 | 1 359 874 | 1 393 348 |
| Tlaxcala | 962 646 | 469 948 | 492 698 |
| Veracruz | 6 908 975 | 3 355 164 | 3 553 811 |
| Yucatán | 1 658 210 | 818 205 | 840 005 |
| Zacatecas | 1 353 610 | 653 583 | 700 027 |

FUENTE: **INEGI**. *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.*

Tabulados Básicos. Aguascalientes, Ags., 2001.

Precisamente durante 1997, el *Índice de Desarrollo Humano* (IGH)²⁹, una de las fuentes de información más importantes a nivel mundial en cuanto a la calidad de vida de los seres humanos, ubicaba a nuestro país en el lugar número 50.

Un lugar nada privilegiado si consideramos que uno de los principales objetivos del *Plan Nacional de Desarrollo*, elaborado por el Ejecutivo Federal para el periodo 1995-2000, enfatizaba la necesidad de atender el sector social en todos sus ámbitos, especialmente en el de salud.³⁰

Según datos proporcionados por el CONAPO, la población mexicana ascendía a 105.3 millones de habitantes hasta el año 2004, lo cual representa un crecimiento de 1.1 millones de personas respecto al 2003. Esto colocó a nuestro país en el lugar número 11 entre las naciones más pobladas del mundo con un Índice de Desarrollo Humano que lo clasificó en el lugar número 55.

| Tabla 9. Población total según entidad Federativa 2004 | |
|---|--------------------|
| Nacional | 105,349,837 |
| Aguascalientes | 1,028,279 |
| Baja California | 2,867,630 |
| Baja California Sur | 489,669 |
| Campeche | 763,037 |
| Coahuila | 2,511,114 |
| Colima | 584,068 |
| Chiapas | 4,357,301 |
| Chihuahua | 3,373,391 |
| Distrito Federal | 8,814,123 |
| Durango | 1,549,309 |
| Guanajuato | 5,027,179 |
| Guerrero | 3,249,559 |
| Hidalgo | 2,370,735 |
| Jalisco | 6,758,852 |
| México | 14,447,120 |

²⁹ PNUD, "Informe de Desarrollo Humano, 1997", Washington DC, 1998

³⁰ En el 2002, México ocupaba el lugar número 54 de la misma clasificación.

| | |
|--|-----------|
| Michoacán | 4,213,737 |
| Morelos | 1,698,232 |
| Nayarit | 991,142 |
| Nuevo León | 4,178,145 |
| Oaxaca | 3,693,497 |
| Puebla | 5,480,844 |
| Querétaro | 1,572,772 |
| Quintana Roo | 1,053,084 |
| San Luis Potosí | 2,398,690 |
| Sinaloa | 2,747,467 |
| Sonora | 2,448,839 |
| Tabasco | 2,045,537 |
| Tamaulipas | 3,106,529 |
| Tlaxcala | 1,055,648 |
| Veracruz | 7,274,772 |
| Yucatán | 1,784,267 |
| Zacatecas | 1,415,269 |
| Fuente: CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México 2000-2050. | |

De acuerdo con lo anterior, es posible anotar un marcado retroceso en el Índice de Desarrollo proporcionado por el *Programa de las Naciones Unidas para todos los pueblos*. Los diversos factores que han determinado la posición de nuestro país respecto al resto del mundo han sido contundentes y dejan ver la urgencia de modificar tanto las políticas como las tareas para todos los sectores involucrados.

Aun cuando el Sector Salud ha hecho posible un avance continuo, traducido en cifras a 72.6 años como esperanza de vida de los mexicanos³¹, más de 10 millones de personas carecen, todavía, de acceso regular a los servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene.

El aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil han ocasionado que los servicios de salud se

³¹ La cifra, de acuerdo con el Conapo, se modificó a 75.2 años como esperanza de vida de los mexicanos.

enfrenten a una población más vieja, con padecimientos crónicos, cuya prevención y tratamiento demandan mayores recursos.³²

El cuestionamiento sobre la eficacia de las estrategias sanitarias, no es un tema nuevo. Sin embargo, las condiciones en que se desarrolla la población mundial exigen que las nuevas políticas públicas en esta materia, sean claras, oportunas y exitosas, para todos.

Para el año 2005, nuestro país dedicaba alrededor del 5.6% de su riqueza a la salud. Un porcentaje que lo hizo enfrentar los problemas sanitarios con dificultades importantes tanto en la distribución de recursos como en la eficiencia de los mismos.

Es claro, por lo tanto, que escenarios como la desigualdad en las condiciones de salud, la baja calidad de los servicios y los problemas en materia de protección financiera para todos los mexicanos, se manifiesten en los diversos niveles de atención y procuración de la salud.

Los incesantes cambios por los que atraviesa el mundo han colocado a México en la urgencia de resolver fuertes rezagos con el fin de incorporarse a las nuevas tendencias económicas, sociales y políticas. En este caso, sanitarias.

Ahora que se discute de manera más abierta la situación social tanto en las grandes urbes, como en las zonas rurales menos favorecidas por las políticas públicas de desarrollo, y se realiza una difusión más amplia de las necesidades y opciones de salud, es necesaria una revisión puntual de la forma en que son atendidos diversos aspectos en este terreno.

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios.

Cuadro 3

1. Instituciones que prestan servicios a la población no

³² Cifras del Conapo señalan que los índices de fecundidad se redujeron en un 11% entre el año 2000 y el 2004, al pasar del 2.41 al 2.16 hijos por mujer.

asegurada: SSA y Programa IMSS-Solidaridad

2. Instituciones de seguridad social:

a) IMSS – para los trabajadores del sector formal de la economía

b) ISSSTE – para los empleados públicos.

c) Fuerzas Armadas y trabajadores de PEMEX.

3. Instituciones del sector privado.

Bajo este esquema, el sistema ha atendió anualmente a millones de mexicanos en diversas situaciones socioeconómicas en los diferentes niveles de atención.

| Año | Tabla 10. Población derechohabiente | | | | | | |
|------|-------------------------------------|------------|------------|---------|---------|---------|---------------------|
| | Total | IMSS | ISSSTE | PEMEX | SDN | SM | Servicios Estatales |
| 1991 | 48 716 530 | 38 953 374 | 8 506 748 | 776 494 | 326 968 | 152 946 | ND |
| 1993 | 48 134 828 | 36 737 601 | 8 919 041 | 792 724 | 618 110 | 143 855 | 923 497 |
| 1995 | 45 723 840 | 34 323 844 | 9 246 265 | 518 552 | 315 550 | 216 310 | 1 103 319 |
| 1997 | 51 433 645 | 39 461 964 | 9 472 042 | 597 078 | 456 683 | 183 972 | 1 261 906 |
| 1999 | 57 033 072 | 44 557 157 | 9 896 695 | 603 879 | 489 477 | 232 528 | 1 253 336 |
| 2001 | 58 929 440 | 45 872 403 | 10 236 523 | 664 938 | 510 784 | 213 275 | 1 431 517 |
| 2002 | 59 294 671 | 46 198 689 | 10 303 539 | 676 245 | 535 734 | 207 777 | 1 372 687 |

ND: No disponible

Fuente: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 11, 13, 15, 17, 19, 21 y 22. México, D.F.

| Tabla 11. Hogares sujetos de afiliación y población no asegurada por entidad federativa, 2004 | | | | |
|---|---------------------|--|---|---------------------------|
| Entidad Federativa | Total de Hogares /1 | Porcentaje de hogares no asegurados /1 | Total de hogares sujetos de afiliación /1 | Población no asegurada /2 |
| Nacional | 25,216,268 | 47.2 | 11,898,254 | 57,577,295 |
| Aguascalientes | 230,921 | 32.6 | 75,187 | 413,254 |
| Baja California | 683,431 | 33.5 | 229,025 | 1,096,562 |
| Baja California Sur | 119,774 | 31.5 | 37,713 | 182,479 |
| Campeche | 182,052 | 46.5 | 84,643 | 412,883 |
| Coahuila | 619,043 | 20.5 | 126,855 | 647,852 |
| Colima | 152,508 | 40.3 | 61,413 | 274,954 |
| Chiapas | 926,807 | 74.5 | 690,396 | 3,501,084 |
| Chihuahua | 855,043 | 31.9 | 273,103 | 1,229,849 |
| Distrito Federal | 2,454,532 | 34.0 | 833,349 | 3,758,897 |
| Durango | 368,938 | 39.2 | 144,477 | 709,532 |

| | | | | |
|-----------------|-----------|------|-----------|-----------|
| Guanajuato | 1,103,335 | 54.8 | 604,563 | 3,102,636 |
| Guerrero | 754,858 | 68.7 | 518,800 | 2,456,704 |
| Hidalgo | 564,948 | 61.5 | 347,308 | 1,602,806 |
| Jalisco | 1,623,173 | 43.4 | 703,727 | 3,385,800 |
| México | 3,316,929 | 44.8 | 1,486,359 | 7,626,391 |
| Michoacán | 995,373 | 64.9 | 645,768 | 2,980,234 |
| Morelos | 418,946 | 53.6 | 224,480 | 1,038,555 |
| Nayarit | 248,059 | 50.9 | 126,309 | 575,418 |
| Nuevo León | 1,030,816 | 23.2 | 239,485 | 1,202,084 |
| Oaxaca | 849,293 | 70.2 | 596,086 | 2,783,816 |
| Puebla | 1,223,410 | 63.9 | 781,537 | 3,888,900 |
| Querétaro | 347,390 | 41.9 | 145,541 | 774,671 |
| Quintana Roo | 244,670 | 41.3 | 101,109 | 503,385 |
| San Luis Potosí | 567,574 | 51.1 | 290,132 | 1,401,666 |
| Sinaloa | 652,961 | 35.7 | 233,113 | 1,193,039 |
| Sonora | 600,927 | 30.3 | 182,004 | 904,916 |
| Tabasco | 475,207 | 58.5 | 278,140 | 1,355,704 |
| Tamaulipas | 768,598 | 36.6 | 281,355 | 1,325,727 |
| Tlaxcala | 226,390 | 57.2 | 129,518 | 682,866 |
| Veracruz | 1,837,030 | 56.9 | 1,044,612 | 4,761,748 |
| Yucatán | 431,525 | 41.2 | 177,869 | 885,419 |
| Zacatecas | 341,806 | 59.8 | 204,278 | 917,465 |

Fuente: 1/ Dirección General de Información en Salud. Estimación a partir del crecimiento intercensal de los hogares 1990-2000 y el análisis de la muestra censal del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México 2004

2/ Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México 2000 - 2050 y, la estructura de la población según condición de derechohabiencia derivada de la muestra del XII Censo de Población y Vivienda. INEGI 2000.

“A partir de los resultados de la muestra censal del *XII Censo de Población y Vivienda de 2000* y de la *Encuesta Nacional de Salud 2000* se estimó el volumen de la población derechohabiente de la seguridad social y el volumen de la población no asegurada al 30 de junio de 2000. Los resultados se obtuvieron mediante el análisis de la condición de derechohabiencia de los hogares. El criterio fundamental fue considerar como derechohabientes a todos los miembros de los hogares en donde el jefe y/o la o el cónyuge están afiliados a una institución de seguridad social. Con esta estructura según condición de derechohabiencia se construyó un escenario para el año 2002 por

entidad federativa, manteniendo constante la proporción de personas que cuentan con seguro privado. De los 102.4 millones de mexicanos estimados por CONAPO para 2002, 51 millones cuentan con seguridad social, 1.1 millones con seguro privado y 50.3 millones de mexicanos no cuentan con ningún tipo de seguro"³³.

De acuerdo con datos publicados por el gobierno federal en el *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, los servicios derivados de este esquema se generaron con una productividad muy heterogénea debido a diversos factores.

Una vez puesto en marcha el *Programa de Reforma del Sistema Nacional de Salud (1995)* la situación de nuestro país arrojó datos de indudable trascendencia:

Durante 1998, los recursos destinados a atender la salud en México ascendieron a más de 23 millones de dólares, cifra que representó el 5.6% del PIB (2.5% correspondió a recursos públicos y 3.1 a recursos privados). Una cifra similar al gasto ejercido en educación (5.8% del PIB) en el mismo año. Sin embargo, aun cuando tal porcentaje parece considerable, las cifras colocaron a México por debajo de países como Brasil, Chile o Uruguay.

Tabla 12. Gasto público en salud

El gasto público total en salud en México en el año 2000 ascendió a 135,141 millones de pesos, lo que representó en términos reales un descenso de 2.8% respecto a 1999.

Este gasto total representa el 2.4% del PIB.

El gasto público per cápita total ascendió a 1,347 pesos, lo que representa un descenso de 4.3% respecto a 1999.

El gasto per cápita para población asegurada ascendió a 1,884 pesos, mientras que para la población no asegurada ascendió a 793 pesos.

³³ Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en México: Definición y Construcción. Síntesis Ejecutiva. Pág 1

Las diferencias más extremas en el gasto per cápita son las que existen entre la población asegurada del Distrito Federal (4,886 pesos) y la población no asegurada de Guanajuato (338 pesos). Se trata de una diferencia de aproximadamente 14 veces.

Las aportaciones estatales contribuyen de manera importante al gasto público estatal en salud. En el Distrito Federal y Tabasco, el gasto estatal representa alrededor del 50% del gasto total en salud destinado a la población no asegurada.

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud. Gasto público en salud 1999-2000

Ante tales parámetros, debe tomarse en cuenta precisamente que los recursos de las instituciones públicas en México provienen de tres fuentes principales:

“Las agencias para la población no asegurada están financiadas en su mayor parte con recursos del presupuesto federal y en menor medida por el financiamiento directo que realizan los usuarios a través de las cuotas de recuperación.

La seguridad social para los empleados del Estado, las fuerzas armadas y otros grupos relacionados con el gobierno se financia con contribuciones de los propios afiliados y del gobierno federal.

La institución encargada de la atención de los trabajadores del sector privado, el IMSS, obtiene sus recursos de contribuciones de empleados, empleadores y gobierno federal”.³⁴

Esta situación deriva en la asignación de recursos insuficientes.

“El gasto de las entidades federativas en salud, es además de reducido –sólo da cuenta del 3% del gasto total- muy heterogéneo: 27 estados aportan menos del 20% de su presupuesto, siendo los casos más extremos Chiapas, Durango, Oaxaca, San Luis Potosí y Zacatecas que no llegan al 5%. Las cinco entidades que aportan más del 20% son Aguascalientes, Distrito Federal, Morelos, Sonora y Tabasco”.³⁵

³⁴ pág.62, PNS 2001-2006

³⁵ Ibidem.

El PNS citado señala que, así, uno de los problemas del gasto en salud es la inequitativa distribución entre instituciones, entidades federativas y grupos de ingreso.

En este sentido, el gasto público por persona según el mismo documento, varía considerablemente en cada estado.³⁶

Señalaría que en 1996, la SSA diseñó una fórmula para asignar recursos entre entidades, tomando en cuenta las necesidades de salud. Sin embargo, es importante mencionar que ésta sólo se utiliza para distribuir los recursos excedentes.

Una clara desventaja de este proyecto se ha manifestado en la falta de equidad que ha procurado la asignación presupuestal, con el fin de mejorar la distribución de los recursos entre sus delegaciones y facilitar la rendición de cuentas. La crisis en la calidad y eficiencia de la atención, infraestructura y servicios pone en duda, definitivamente, la manera en que los recursos son distribuidos y utilizados.

Si consideramos que la mayor parte del gasto público en salud se concentra en la atención curativa, sobre todo de especialidad, podemos entender que otros sectores importantes no tengan el soporte financiero necesario para resolver sus propios problemas.

“En el IMSS, los hospitales de 2º y 3er nivel absorben cerca del 75% del presupuesto de la institución. En el ISSSTE, la cifra es de 69%. En el caso del gasto privado se trata de gasto directo del bolsillo, fragmentado y sujeto a una regulación casi nula. El gasto de la seguridad social representa el 35% del total del gasto público”.³⁷

Esto ha colocado a nuestro país en un evidente y desalentador esquema de utilización de los recursos y, por lo tanto, en una marcada ineficiencia en la producción de salud.

³⁶ 19 por encima del promedio, 13 por debajo. Casos más extremos: Guanajuato, México, Michoacán, Puebla y Veracruz. Se aplica el mismo caso con el gasto por persona en los municipios, con una tendencia a ser mayor en los de baja marginación.

³⁷ Op. Cit. Pág.64

Las consecuencias de este círculo de imprecisiones que ha caracterizado al sistema nacional de salud se relacionan directamente con los graves excesos en el gasto personal de atención de salud. Hablamos de que un alto porcentaje de los hogares mexicanos, como ya se mencionó anteriormente, pagan hasta 3 veces más por los servicios de atención médica.

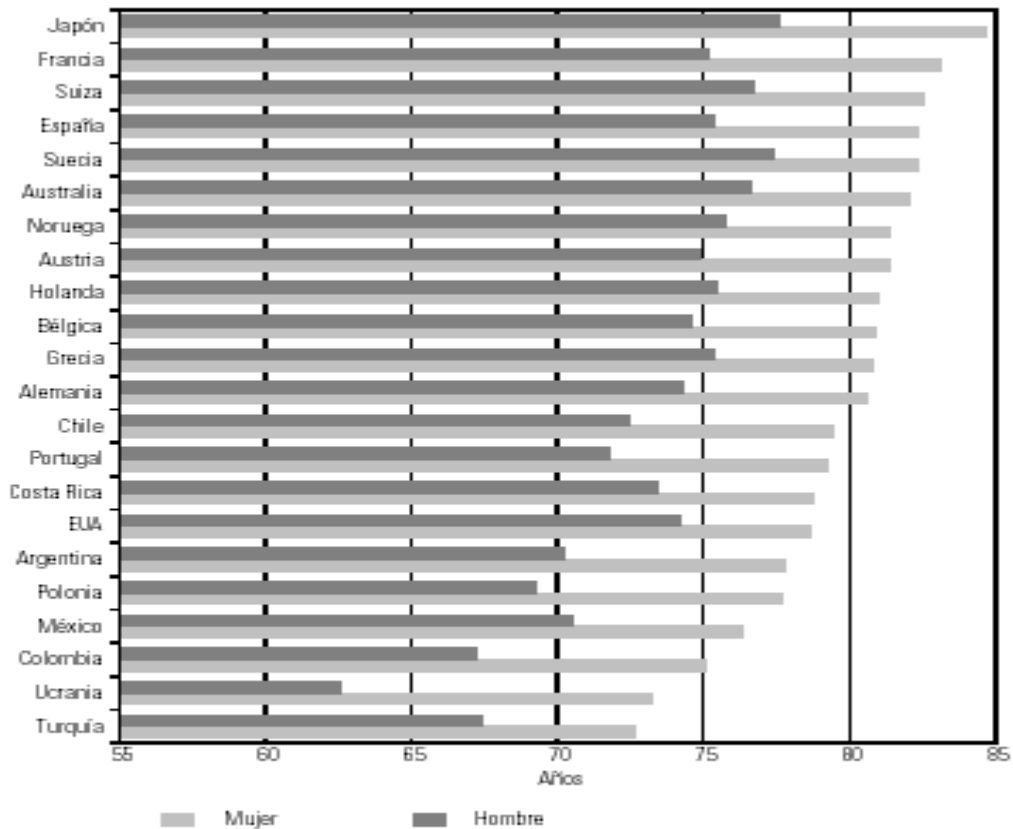
Basta con observar algunas cifras, para deducir la urgencia, marcada al inicio de este apartado, en el replanteamiento de las prioridades para la asignación de recursos:

Uno de los avances más importantes en el país ha sido justamente el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad.

Como consecuencia de la caída de la mortalidad, la esperanza de vida al nacer se incrementó de manera importante durante la segunda mitad del siglo XX. Entre 1950 y el año 2000, el país ganó 25.7 años.

Gráfica 1.

La esperanza de vida al nacer en México, muestra cifras inferiores a las de países con un nivel de desarrollo similar

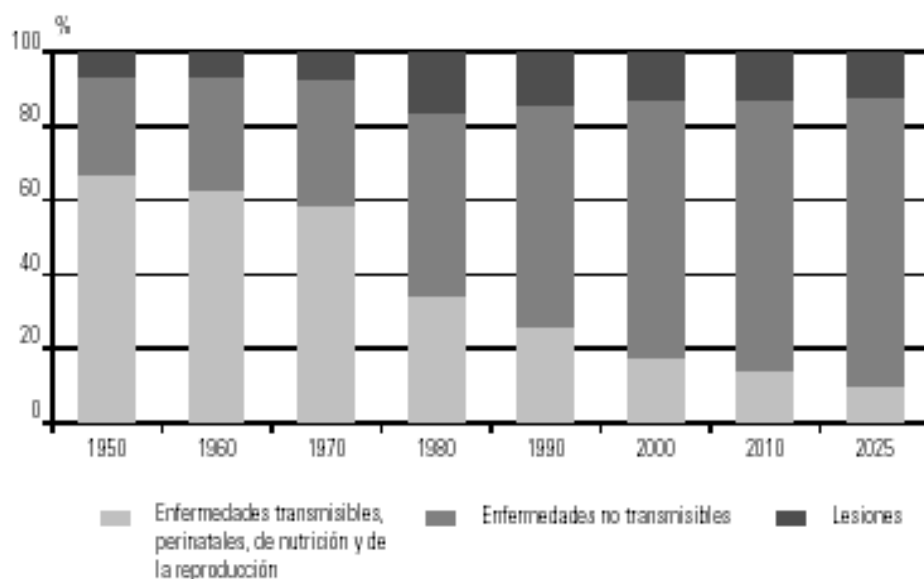


Fuente: DMS, 2001

En ese orden los diversos indicadores poblacionales también se modificaron. Las principales causas de muerte, ubicadas en las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción fueron desplazadas por las enfermedades no transmisibles y las lesiones.³⁸ Y simultáneamente, empezó a considerarse a la discapacidad como un importante indicador de daño a la salud que contempla las causas de enfermedad, muerte y factores de riesgo.

³⁸ En el mismo periodo, el porcentaje de defunciones debido a infecciones intestinales disminuyó 14 veces, 14.3 a 1% mientras que las muertes por enfermedades del corazón se cuadruplicaron (4 a 16%).

Datos de primer orden en la evaluación de las condiciones generales de cualquier población.



Gráfica 2

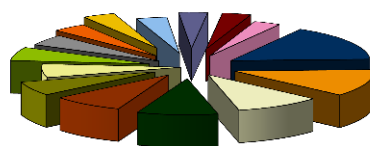
Desde los años 80, las enfermedades no transmisibles en México concentran la mayor parte de muertes.

Fuente: SSA. PNS 2001-2006 pág.33

En este terreno, la OMS ha propuesto la utilización de dos indicadores esenciales para enmarcar la dinámica poblacional. Por una parte, la esperanza de vida saludable (EVISA: mide el número de años en buena salud, que, en promedio, una persona puede esperar vivir en una sociedad determinada) y, por otra, los años de vida saludable (AVISA: que mide la degeneración de la salud como resultado de la suma de los años perdidos por muerte prematura y discapacidad).³⁹

³⁹ Durante el año 2000 cinco tipos de enfermedades –del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y cerebrovasculares- concentraron más de la mitad de las muertes ocurridas en el país: 52%

Gráfica 3
Fuente:
SSA, 2000



- Afeciones perinatales 7.7%
- Cardiopatía isquémica 4.5%
- Enfermedad cerebrovascular 2.9%
- Desnutrición protéico-calórica 1.9%
- Consumo de alcohol 1.6%
- Diabetes mellitus 5.8%
- Accidentes (choques) 4.0%
- Cirrosis hepática 2.9%
- Enfermedades diarreicas 1.8%
- Trastornos depresivos 1.6%
- Homicidios y violencias 4.8%
- Infecciones respiratorias bajas 3.0%
- Atropellamiento 2.3%
- Demencias 1.7%
- Nefritis y nefrosis 1.5%

Tabla 13. Principales causas de mortalidad general en México, 1999

| Orden | Causas | Defunciones | % |
|-------|--|----------------------------|--------------------|
| | total | 443,950 | 100.0 |
| 1 | Enfermedades del corazón - Enfermedades isquémicas del corazón | 69,278 44,070 | 15.6 9.9 |
| 2 | Tumores malignos | 53,662 | 12.1 |
| 3 | Diabetes mellitus | 45,632 | 10.3 |
| 4 | Accidentes - Accidentes de tráfico de vehículos de motor | 35,690 11,659 | 8.0 2.6 |
| 5 | Enfermedades del hígado - Enfermedad alcohólica del hígado | 27,040 13,417 | 6.1 3.0 |
| 6 | Enfermedades cerebrovasculares | 25,836 | 5.8 |
| 7 | Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal - Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal | 19,268 10,042 | 4.3 2.3 |
| 8 | Influenza y neumonía | 14,068 | 3.2 |
| 9 | Homicidios | 12,249 | 2.8 |
| 10 | Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas - Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte - Las demás causas | 11,319 9,474 120,434 | 2.5 2.1 27.1 |

Fuente: INEGI/SSA, 1999

Sin embargo, aun cuando se manifiesta como todo un logro, el hecho de que las razones y los índices de mortalidad se hayan modificado, no significa que nuestro sistema de salud esté superando del todo, sus conflictos más arraigados.

Al contrario. Se ponen de manifiesto, retos que a corto plazo deberán encontrar soluciones y propuestas eficaces y que se contemplan como verdaderos problemas de salud pública.

“Además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Un trato adecuado significa también disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social”.⁴⁰

Según los resultados del *Diagnóstico Basal de Calidad* realizado entre 1997 y 1999 en mil 952 centros de salud urbanos y rurales y 214 hospitales generales de la SSA, había serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de los programas prioritarios establecidos por nuestro Sistema Nacional de Salud. Esto, en relación directa con todo lo que debería ponerse en práctica de acuerdo con las exigencias técnicas de atención y calidad de los servicios.

En los hospitales, según el mismo diagnóstico, “el equipamiento era con frecuencia insuficiente y obsoleto y existía poco apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades”.⁴¹

⁴⁰ Ibidem. Pág.52

⁴¹ La calificación global en 89% de esas unidades fue menor de 74 puntos sobre 100.

De igual manera, la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales señala que de los casi 4 mil hospitales que existían entonces en el país, en más del 85% se carecía de la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar una atención adecuada.

Estas cifras no descartan al sector privado. De las cerca de 3 mil unidades hospitalarias con las que se contaba, sólo una mínima parte (60 aproximadamente) había solicitado su certificación, lo cual evidencia el descontrol existente en cuanto a la regulación de las unidades hospitalarias que ofrecen atención médica en condiciones no óptimas.⁴²

De acuerdo con la *Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud* aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en mayo del año 2000, los mexicanos pensaban que son necesarios cambios fundamentales en los servicios de salud. Específicamente, en áreas como el costo de esos servicios y la infraestructura en las unidades de atención.⁴³

Si bien, la encuesta manifestó una cierta satisfacción de los usuarios con la atención ambulatoria recibida en aquel año, tanto de los servicios públicos como privados, también evidenció la inconformidad que provoca el no contar con servicios de calidad a un costo accesible.⁴⁴

⁴² Una calificación de 75 puntos como promedio, coloca a las unidades de atención privada en un nivel similar al de los hospitales de la SSA y por debajo de los hospitales de Petróleos Mexicanos, según la misma Encuesta.

⁴³ Aun cuando hay cierta satisfacción en cuanto a la atención ambulatoria, tanto en los servicios público como privado, no es el caso de los servicios de urgencia. Seis de cada 10 mexicanos manifestó en dicha encuesta no haber obtenido la atención necesaria con la rapidez que esperaba. El malestar se acentuó entre la población de más bajos recursos y en derechohabientes del IMSS e ISSSTE.

⁴⁴ El 22% de la población encuestada dijo haber tenido problemas para recibir atención domiciliaria. En promedio, la población espera 4.5 días para obtener una cita de primer contacto. 9.5 días para ver a un especialista y casi cuatro días para ingresar a un hospital.

Considerando que un sector importante de la población vive en condiciones económicas y geográficas desfavorables, se destaca la deficiencia de un sistema que no cubre con las expectativas necesarias.

El mismo *Programa de Salud 2001-2006* reconocía que una alta proporción de las personas no contaba con ningún tipo de seguro y que más de la mitad de las percepciones personales se dirigían a gastos de salud, lo cual quiere decir, en otros términos, que un gran número de hogares mexicanos se han visto en situación de empobrecimiento en cuanto deben cubrir necesidades de salud.

Algunas cifras señalan: Más del 50% del gasto total en salud es gasto privado y más del 90% del mismo gasto proviene del bolsillo personal. "Cada año, entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurren en lo que se conoce como gastos catastróficos".⁴⁵

Cuadro 4

Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares.

La capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos.

Fuente: Gastos catastróficos por motivos de salud. En *Desempeño de los Sistemas de Salud*. Salud: México, 2002 pág.170

⁴⁵ PNS 2001-2006, pág.57

Cuadro 5

El porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud en México en el tercer trimestre del año 2000 fue de 4.1%, que equivale aproximadamente a 910,000 familias.

La prevalencia de familias en riesgo de empobrecimiento por motivos de salud fue mayor en los hogares de ingreso bajo, no asegurados y rurales. Los riesgos de empobrecimiento son dos veces mayores en los hogares que pertenecen al quintil I (el más pobre) que en los del quintil V (el más rico); 2.7 veces mayores en los hogares no asegurados que en los asegurados, y 1.9 veces mayores en los hogares rurales que en los urbanos.

Fuente: Hogares con Gastos Catastróficos por Motivos de Salud. Síntesis Ejecutiva. México, 2000

Así, por lo menos 2 de cada 10 mexicanos ceden la atención de su salud a otras necesidades, cuando lo requieren.⁴⁶

Es conveniente decir que cualquier sistema de salud moderno debería garantizar protección y servicios eficientes. Sin embargo, las condiciones no son las deseables.

Hasta 1999, alrededor del 27% de los médicos y el 43% de las enfermeras tituladas estaban subempleados, desempleados, inactivos o trabajaban en actividades que no tenían que ver con su profesión.⁴⁷

⁴⁶ El porcentaje de hogares que incurrió en gastos catastróficos por motivos de salud a nivel nacional en México en el último trimestre de 2002 fue 3.89; Chiapas, Zacatecas y Michoacán fueron las entidades que presentaron las cifras más altas, y Aguascalientes, Colima y Yucatán las más bajas. Es importante resaltar que los hogares pobres, no asegurados y rurales presentaron gastos catastróficos por motivos de salud con mayor frecuencia que sus contrapartes urbanos, asegurados y de mayores recursos. Las variables más estrechamente asociadas a gastos catastróficos son la presencia en el hogar de una persona con discapacidad, jefes del hogar mayores de 60 años, jefes del hogar de género femenino y la ocurrencia de un parto. Llama también la atención que 60% de los gastos catastróficos son atribuibles a gastos en atención ambulatoria y medicamentos. **Magnitud y Origen de los Gastos Catastróficos por Motivos de Salud por Entidad Federativa: México 2002-2003.** Síntesis Ejecutiva. Pág 1

⁴⁷ Entre las mujeres, se manifestaba una tasa de desempleo tres a cuatro veces mayor que la de los hombres.

En años más recientes, el sistema contaba con un aproximado de 135 mil médicos y 184 mil enfermeras contratadas⁴⁸, lo cual representaba un total de dos médicos por cada 1000 habitantes.

| (Por 100 mil habitantes) Año | Médicos en contacto directo con el paciente | Enfermeras en contacto directo con el paciente | Camas censables |
|--|--|---|------------------------|
| 1990 | 103.8 | 151.7 | 73.1 |
| 1993 | 101.7 | 175.0 | 82.2 |
| 1996 | 112.1 | 183.7 | 81.4 |
| 1999 | 117.0 | 187.8 | 78.8 |
| 2000 | 120.0 | 191.3 | 77.5 |
| 2001 | 120.5 | 190.1 | 77.3 |
| 2002 | 139.4 | 187.1 | 75.6 |

Fuente: SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I* Núm. 10, 13, 16, 19, 20, 21 y 22. México, D.F.

Si tomamos en cuenta que la distribución de los prestadores de servicios de salud es desigual y está condicionada por diversos factores, la disponibilidad de servicios y médicos manifiesta una seria desventaja para resolver los innumerables problemas que cotidianamente experimenta la población.

“Mientras que los Estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos de instituciones públicas por cada 1000 habitantes, respectivamente, el Distrito Federal y Baja California Sur contaban con 3.2 y 2.5 respectivamente”.⁴⁹

⁴⁸ 63 mil médicos en el sector privado.

⁴⁹ Op.cit.pag.65

| Tabla 15. Recursos y servicios | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Indicadores | 1990 | 1993 | 1996 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Consulta diaria por médico ^a | | | | | | | | |
| Sector público | 7.3 | 8.3 | 8.6 | 8.0 | 7.9 | 8.0 | 8.2 | ND |
| Sector privado | ND | ND | 1.3 | 1.7 | 1.6 | 0.9 | 1.1 | 0.9 |
| Consultas diarias por consultorio general ^a | | | | | | | | |
| Sector público | 18.8 | 20.4 | 23.4 | 22.9 | 22.8 | 23.2 | 23.6 | ND |
| Sector privado | ND | ND | 3.2 | 3.8 | 3.5 | 3.2 | 4.3 | 3.7 |
| Intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano ^a | | | | | | | | |
| Sector público | 4.4 | 2.5 | 2.7 | 2.8 | 2.8 | 2.8 | 2.8 | ND |
| Sector privado | ND | ND | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.4 |
| Porcentaje de ocupación hospitalaria | | | | | | | | |
| Sector público ^b | 67.0 | 66.7 | 68.6 | 68.1 | 68.4 | 67.8 | 69.7 | ND |
| Sector privado ^c | ND | ND | 25.0 | 31.8 | 34.0 | 30.9 | 32.5 | 31.4 |
| Porcentaje de cesáreas | | | | | | | | |
| Sector público | ND | 26.9 | 29.3 | 31.4 | 31.6 | 32.5 | 27.9 | ND |
| Sector privado | ND | ND | 45.7 | 50.4 | 53.0 | 56.9 | 59.1 | 61.9 |
| NOTA: Para el Sector Privado se cuenta con información a partir de 1996. Hasta 1996 se consideran 220 días hábiles al año; a partir de 1999 se consideran 252 días hábiles. Intervenciones quirúrgicas se calcula sobre 365 días. La ocupación hospitalaria está calculada con días-paciente. La ocupación hospitalaria está calculada con días-estancia. ND No disponible. FUENTE: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 10, 13, 16, 19, 20 y 21. México, D.F. Para 1996 a 2003: INEGI . Estadística de unidades médicas privadas con servicio de hospitalización. Procesó: Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Aguascalientes, Ags. | | | | | | | | |

Todavía en 1999, las instituciones públicas de nuestro país contaban con 987 hospitales, 17,348 unidades de consulta externa, 49,913 consultorios, 6,607 salas de expulsión, 77,314 camas y 2,723 quirófanos (insertar cuadro 1.6, pág.65 PNS 2001-2006), lo cual expresa

que el 0.5% de los consultorios, el 0.8% de las camas y el 0.07% de las salas de expulsión corresponden a cada 1000 habitantes en toda la República.

| Tabla 16. Recursos físicos y humanos del sistema de salud mexicano, 1999 | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------|
| Instituciones | | | | |
| Recursos | Públicas para no asegurados | Seguridad social | Privada | Total |
| Hospitales | 509 | 478 | 447 ^a | 1,434 |
| Camas de Hospital | 35,616 | 41,598 | 16,094 ^a | 93,408 |
| Clínicas y Centros de salud | 13,912 | 3,436 | 2,355 ^b | 19,703 |
| Médicos contratados | 59,200 | 75,959 | 27,501 ^d | 162,660 |
| Enfermeras contratadas | 80,154 | 104,110 | 29,365 | 213,629 |

a Sólo se incluyen unidades con más de 15 camas
b Se incluyen las unidades con menos de 15 camas, que en su conjunto suman 15,147 camas
c Las cifras de médicos se refieren a 1999, que informaron las instituciones del Sistema Nacional de Salud
d La cifra de médicos privados incluye sólo los contratados en la unidad médica y que forman parte del personal de la misma, el total de médicos incluyendo los que tienen acuerdo especial en el sector privado es de 62,951
Fuente: SSA, 1999

Sin lugar a dudas, las diferencias entre estados y municipios en cuanto a capacidad de atención y servicio son marcadas: Mientras en el Distrito Federal, Sonora y Baja California Sur había un total de 1.9, 1.1 y 1.5 camas por cada 1000 habitantes, en Chiapas y Tlaxcala sólo había un 0.4 y un 0.5% de camas disponibles.⁵⁰

⁵⁰ En Chiapas, Oaxaca, Puebla y Veracruz, las estadísticas muestran deficiencias aún mayores: 0.22, 0.07, 0.19 y 0.11 camas por cada 1000 habitantes.

Por otro lado, las instituciones privadas contaban (también durante 1999) con 2950 hospitales y 3,241 camas. De estas unidades, sólo el 15% contaba con 15 camas y alrededor del 27% eran clínicas con menos de cinco camas. Todas, concentradas en áreas urbanas.

Si tomamos en cuenta que una gran parte de la distribución de atención, servicios y medicamentos a la población en general se realiza precisamente a través de la unidad hospitalaria podemos cuestionar, por ejemplo, la forma en que las zonas rurales satisfacen sus necesidades, o la forma en que el creciente índice poblacional de las grandes urbes cubre también sus necesidades de salud con 2 ó 3 médicos por cada 1000 habitantes, en hospitales saturados y personal numéricamente limitado.

Esto, aunado a las precarias condiciones salariales de amplios sectores de la población tanto urbana como rural que condicionan el uso de los servicios de salud disponibles.

Tabla 17. Salario mínimo en México

Las áreas geográficas en que para fines salariales se ha dividido a la República Mexicana, son las que se señalan a continuación con un número progresivo, denominación y definición de su integración municipal.

| Área geográfica "A" | Área geográfica "B" | Área geográfica "C" |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| \$45.24 | \$43.73 | \$ 42.11 |

Área geográfica "A" integrada por: todos los municipios de los estados de Baja California y Baja California Sur; los municipios de Guadalupe, Juárez y Práxedes G. Guerrero, del Estado de Chihuahua; el Distrito Federal; el municipio de Acapulco de Juárez, del Estado de Guerrero; los municipios de Atizapán de Zaragoza, Coacalco de Berriozábal, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Ecatepec de Morelos, Naucalpan de Juárez, Tlalnepantla de Baz y Tultitlán, del Estado de México; los municipios de Agua Prieta, Cananea, Naco, Nogales, General Plutarco Elías Calles, Puerto Peñasco, San Luis Río Colorado y Santa Cruz, del Estado de Sonora; los municipios de Camargo, Guerrero, Gustavo Díaz Ordaz, Matamoros, Mier, Miguel Alemán, Nuevo Laredo, Reynosa, Río Bravo, San Fernando y Valle Hermoso, del Estado de Tamaulipas, y los municipios de Agua Dulce, Coatzacoalcos, Cosoleacaque, Las Choapas, Ixhuatlán del Sureste, Minatitlán, Moloacán y Nanchital de Lázaro Cárdenas del Río, del Estado de Veracruz-Llave.

Área geográfica "B" integrada por: los municipios de Guadalajara, El Salto, Tlajomulco de Zúñiga, Tlaquepaque, Tonalá y Zapopan, del Estado

de Jalisco; los municipios de Apodaca, San Pedro Garza García, General Escobedo, Guadalupe, Monterrey, San Nicolás de los Garza y Santa Catarina, del Estado de Nuevo León; los municipios de Altar, Atil, Bácum, Benito Juárez, Benjamín Hill, Caborca, Cajeme, Carbó, La Colorada, Cucurpe, Empalme, Etchojoa, Guaymas, Hermosillo, Huatabampo, Imuris, Magdalena, Navojoa, Opodepe, Oquitoa, Pitiquito, San Ignacio Río Muerto, San Miguel de Horcasitas, Santa Ana, Sáric, Suaqui Grande, Trincheras y Tubutama, del Estado de Sonora; los municipios de Aldama, Altamira, Antiguo Morelos, Ciudad Madero, Gómez Farías, González, El Mante, Nuevo Morelos, Ocampo, Tampico y Xicoténcatl del Estado de Tamaulipas, y los municipios de Coatzintla, Poza Rica de Hidalgo y Tuxpam, del Estado de Veracruz-Llave.

Área geográfica "C" integrada por: todos los municipios de los estados de Aguascalientes, Campeche, Coahuila de Zaragoza, Colima, Chiapas, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán de Ocampo, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro de Arteaga, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas; todos los municipios del Estado de Chihuahua excepto Guadalupe, Juárez y Práxedes G. Guerrero; todos los municipios del Estado de Guerrero excepto Acapulco de Juárez; todos los municipios del Estado de Jalisco excepto Guadalajara, El Salto, Tlajomulco de Zúñiga, Tlaquepaque, Tonalá y Zapopan; todos los municipios del Estado de México excepto Atizapán de Zaragoza, Coacalco de Berriozábal, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Ecatepec de Morelos, Naucalpan de Juárez, Tlalnepantla de Baz y Tultitlán; todos los municipios del Estado de Nuevo León excepto Apodaca, San Pedro Garza García, General Escobedo, Guadalupe, Monterrey, San Nicolás de los Garza y Santa Catarina; los municipios de Aconchi, Alamos, Arivechi, Arizpe, Bacadéhuachi, Bacanora, Bacerac, Bacoachi, Banámichi, Baviácora, Bavispe, Cumpas, Divisaderos, Fronteras, Granados, Huachinera, Huásabas, Huépac, Mazatán, Moctezuma, Nácori Chico, Nacozari de García, Onavas, Quiriego, Rayón, Rosario, Sahuaripa, San Felipe de Jesús, San Javier, San Pedro de la Cueva, Soyopa, Tepache, Ures, Villa Hidalgo, Villa Pesqueira y Yécora, del Estado de Sonora; los municipios de Abasolo, Burgos, Bustamante, Casas, Cruillas, Güémez, Hidalgo, Jaumave, Jiménez, Llera, Mainero, Méndez, Miquihuana, Padilla, Palmillas, San Carlos, San Nicolás, Soto la Marina, Tula, Victoria y Villagrán, del Estado de Tamaulipas, y todos los municipios del Estado de Veracruz-Llave excepto Agua Dulce, Coatzacoalcos, Coatzintla, Cosoleacaque, Las Choapas, Ixhuatlán del Sureste, Minatitlán, Moloacán, Nanchital de Lázaro Cárdenas del Río, Poza Rica de Hidalgo y Tuxpam.

Fuente: Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, 2004

Cabe mencionar otros datos proporcionados en el *Programa Nacional de Salud 2001-2006*: la industria farmacéutica mexicana ocupa el sitio número 15 en el volumen de producción mundial. En 1998 sus ventas ascendían a 5 mil millones de dólares. Cerca del 80% de esas ventas se hicieron en el mercado privado y el 20% fueron ventas al

gobierno. El 72% de los medicamentos fueron productos de empresas extranjeras y el 28% de empresas mexicanas. Sólo el 15% de esos productos fueron medicamentos genéricos.

Nada raro resulta que el acceso a estos insumos sea variable. Los derechohabientes de la seguridad social reciben los medicamentos que requieren sin pago de bolsillo. Sin embargo, en las unidades de las instituciones para población no asegurada hay un problema grave de abasto de medicamentos.

La Encuesta Nacional de Salud de 1994 revela que la principal causa de no utilización de los servicios de la SSA era justamente, la no disponibilidad de medicamentos. Esto por supuesto, complementado por las difíciles condiciones económicas de la población, mencionadas anteriormente.

Una receta surtida en las farmacias privadas y en las farmacias de la SSA era de aproximadamente 100 pesos, lo cual equivalía a 2.5 salarios mínimos.

Habría que tomar en cuenta algunos otros elementos proporcionados por la misma SSA que resultan indispensables para ofrecer una visión más detallada de lo que constituye nuestro sistema nacional de salud en la actualidad.

Las actividades de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios de la economía que tienen un impacto sobre la salud son desempeñados por la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, y sus contrapartes a nivel estatal.

Hasta hace pocos años estas actividades se desarrollaban en un marco caracterizado por la ausencia de profesionales especializados, una burocratización extrema, poca certidumbre jurídica para los particulares y espacios propicios para la corrupción.

Al respecto, en algún momento la SSA se propuso tomar la rienda en la supervisión y vigilancia sanitaria de establecimientos, productos y servicios como respuesta a las evidentes deficiencias que a lo largo de los años complicaron la situación del sector salud a nivel nacional.

La emisión del *Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios* y de cerca de 50 Normas Oficiales Mexicanas en esta materia han propiciado una mayor certeza jurídica en el sector.

Justamente, la regulación de la atención a la salud –diseño y seguimiento de las reglas para los distintos actores involucrados en la atención- ha quedado en buena medida en manos de organismos no gubernamentales. Esto, en el entendido de que la participación de grupos y organismos ajenos al mismo sector, es importante como complemento en la misma supervisión y vigilancia del ramo.

En marzo de 1999 se puso en marcha un proceso destinado a la elaboración de un programa nacional de certificación y autorización de funcionamiento de los hospitales, que culminó con la conformación de la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales dependiente del Consejo de Salubridad General. De acuerdo con los primeros datos proporcionados por esta Comisión, 518 hospitales públicos y privados fueron dictaminados bajo sus criterios y 422 de estos, fueron certificados.

A pesar de que la SSA y el IMSS han contado con áreas de evaluación, éstas no se han incorporado plenamente al funcionamiento del sistema. Ya se comentó la urgente necesidad de establecer políticas que exijan la disposición de infraestructura mínima y personal capacitado para ofrecer atención de calidad independientemente de la situación económica y geográfica de los usuarios de tales servicios.

A finales de los años 90 desapareció la Subsecretaría de Planeación de la SSA y con ella, la Dirección General de Evaluación y Seguimiento. Entonces, empezaron las evaluaciones a través del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), del PAC y del PROGRESA.

Hasta hace uno años, los pacientes todavía contaban con pocas instancias para presentar quejas sobre los servicios de salud. Para tales fines, en 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

(CONAMED), que contribuye en la solución de controversias entre usuarios y proveedores públicos y privados de servicios de salud.

Desde su creación, ha atendido miles de casos. Sin embargo, como materia de otra investigación, cabría apuntar qué tan representativo es su impacto en la calidad de la atención y el nivel de satisfacción que manifiestan los usuarios con sus servicios.

El *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006* planteó cinco objetivos relacionados con el desarrollo social y humano: Mejorar las condiciones de salud, abatir la desigualdad en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas.

De acuerdo con esto, se confirma la necesidad de que todo sistema de salud se construya sobre supuestos o cualidades dirigidos única y exclusivamente al bienestar.

En el caso particular del sistema nacional de salud mexicano, se establece como prioridad, iniciado ya el siglo XXI, la democratización de la atención de la salud.

El gobierno federal enfatizó su compromiso en la conformación de un sistema de salud justo, autónomo y de corresponsabilidad social, capaz de garantizar "un trato semejante ante necesidades semejantes" y la búsqueda permanente de una mejor distribución de recursos y oportunidades.

"El principio de ciudadanía reconoce la protección de la salud como un derecho de todos, exige la definición precisa de los beneficios que este derecho implica, y demanda el diseño y puesta en operación de mecanismo para hacerlo valer (rendición de cuentas, instancias para la vigilancia y corrección de las faltas profesionales y administrativas, acceso a la información). La protección de la salud deja de ser una mercancía, un privilegio o un objeto de asistencia para constituirse en un derecho social. Los servicios de salud, así vistos,

ayudan a que cada generación entre a la vida con oportunidades similares: a que haya en la sociedad un arranque parejo".⁵¹

Antes de concluir el presente apartado, es conveniente hacer algunas observaciones sobre dos aspectos particulares:

Según el CONACYT, el gasto público en investigación en salud llegó a representar el 2.3% del gasto total en ciencia y tecnología, 0.01% del PIB y 0.45% del gasto total en salud.⁵²

"Aunque el incremento real en el volumen de recursos destinados a este campo de la ciencia entre 1994 y 1999 fue de 25 por ciento, el país ni siquiera se ha acercado a los estándares mínimos propuestos por los organismos internacionales para los países de ingresos medios".⁵³

Esta situación ha colocado a nuestro país en una situación crítica. Sin embargo, el mismo organismo señala que los investigadores de las llamadas ciencias de la vida y de las disciplinas clínicas generan más del 50% de producción científica nacional, destacando la inmunología y las neurociencias.

Casi la totalidad de esa investigación, sin embargo, se ha convertido en un problema sectorial, institucional, geográfico y disciplinario⁵⁴ que ha marginado el estudio de la salud pública frente a la investigación biomédica y clínica.

De acuerdo con datos del "Informe para el diálogo con la sociedad" presentado por la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, el problema del sistema nacional de salud radica en la falta de recursos asignados al sector, lo cual al mismo tiempo, ocasiona la obstaculización del desarrollo económico del país al excluir de la

⁵¹ Ibidem. pág. 74

⁵² Según la opinión de Nora Lustig, Carlos Noriega y David Mayer, especialistas de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, es necesario que México invierta un mínimo del 7% del PIB en salud.

⁵³ Los países industrializados dedican más del 0.1 por ciento del PIB y más del 1.5 por ciento de su gasto público en salud a la investigación.

⁵⁴ La casi totalidad de la investigación se concentra en el sector público, en cuatro instituciones: CINVESTAV, IMSS, SSA y UNAM.

actividad productiva a la población que no está en condiciones de acceder a la solución de problemas sanitarios.

Cuando el desembolso en salud representa más de la mitad del gasto total de una familia, se incurre en los ya mencionados gastos catastróficos que empobrecen. Entonces, los obstáculos para acceder a la salud se convierten en gastos ineficaces e inequitativos.

Según el mismo organismo, el problema de tener instituciones segmentadas provoca ineficiencia en el gasto y, aunque “sí hay una política de salud..., un actor no resuelve el problema”: falta una conciencia de salud en la sociedad.

El informe establece que los niveles de salud en México han sido inferiores a los que corresponden a un país que mundialmente, representaría la novena economía y, uno de los factores principales de esta condición es precisamente, la falta de un sistema de aseguramiento público eficiente, universal e integral.

Si consideramos el impacto de la salud pública en los últimos tiempos, podríamos enfatizar una vez más, la necesidad de re direccionar la asignación de recursos, de políticas y prioridades en la enseñanza y la práctica clínica.

Capítulo 2. Comunicación.

2.1 ¿Qué es la comunicación?

El intento por definir la “comunicación” nos ha llevado a explorar los más diversos puntos de vista.

A lo largo de la historia, la comunicación ha sido considerada como un elemento fundamental en la evolución y desenvolvimiento del hombre y de las sociedades. Sabemos que se trata de una capacidad, de un proceso vital, de una habilidad. En fin, de todo un sistema.

“La comunicación es un campo de conocimiento dinámico y cambiante, que ha logrado consolidar algunos paradigmas y proponer ciertos instrumentos metodológicos. El objeto de estudio, tan cuestionado en ocasiones debido a su amplitud y dispersión, casi siempre termina refiriéndose al proceso de comunicación y de manera más específica, a una parte del proceso de comunicación (emisor, mensaje o receptor).

Para algunos autores, esta tríada aristotélica no ha hecho más que restringir el campo de estudio de la comunicación, ya que el proceso de comunicación trasciende al histórico triángulo. Aun así, es digno de reconocerse que en cada momento, según las diferentes corrientes teóricas, incluso según la perspectiva de aproximación que realizan los investigadores, se pone el acento en uno de los elementos del proceso (en América Latina, por ejemplo, son abundantes los estudios de emisores desde la perspectiva económica). Así, son pocas las veces en que se logra estudiar, por complejo y amplio, todo el proceso de comunicación”.⁵⁵

La comunicación puede entenderse como la interacción mediante la que los seres vivos acoplan sus respectivas conductas frente al entorno, a partir de mensajes, signos convenidos por el aprendizaje de códigos comunes. Al mismo tiempo, se ha concebido como el propio sistema de transmisión de mensajes o informaciones.

⁵⁵ CROVI Druetta, Delia. “El Siglo de la Comunicación”. En **Foro Mexicano de Historia de los Medios**. Fundación Manuel Buendía.

Según Antonio Méndez⁵⁶, la comunicación es un “proceso vital mediante el cual un organismo establece una relación funcional consigo mismo y con el medio que lo rodea... y que refleja su propia integración de estructuras y funciones, de acuerdo con las influencias que recibe del exterior, en un permanente intercambio de informaciones y conductas”.

De acuerdo con Abraham Moles y Elizabeth Rohmer, el término mismo de comunicación cubre una ciencia nueva: la de la interacción de seres y cosas, más o menos independientes. Todo fenómeno nuevo trae consigo una moda. Vivimos la moda de la comunicación, y ésta se correlaciona directamente con la prodigiosa extensión de los sistemas tecnológicos que la soportan.

“La palabra comunicación tiene como raíz la idea de poner en común.” ⁵⁷

Definir así la comunicación, plantea tres problemas que deben tomarse en cuenta:

1. **El establecimiento del contacto entre el emisor y el receptor.** Esta evidencia a menudo ha sido despreciada. La comunicación no solo adquiere valor social cuando garantiza un mínimo de seguridad en su realización. El costo de ese contacto es un elemento esencial en la realización efectiva.

2. **El análisis del mensaje.** Éste incluye el estudio de los elementos estructurales así como de los códigos que los organizan y, por otra parte, el análisis de la medida de la originalidad de este mensaje como

⁵⁶ **Comunicación Social y Desarrollo**, UNAM, 1969

⁵⁷ Acción de hacer participar a un organismo o a un sistema situado en un punto dado –R- de las experiencias (Erfahrung) y de los estímulos del medio ambiente, de otro individuo o sistema situado en otro lugar y en otra época –E-; utilizando los elementos de conocimiento que tiene en común. Matemáticamente se trata del establecimiento de una correspondencia unívoca entre un universo espaciotemporal $E(x,y,z,t)$ y otro $R(x',y',z';t+t')$. Moles, Abraham y Elizabeth Rohmer, **Teoría estructural de la comunicación y sociedad**, p.14

magnitud fundamental. Se trata de lo que hemos llamado de acuerdo con Shannon, *información*.

3. La influencia de los mensajes en los receptores. Esto es, la aptitud de estos últimos para reaccionar a los mensajes más o menos inteligibles, más o menos reproducibles y más o menos motivadores. La noción de calidad de la telepresencia, es decir, la fidelidad de las imágenes visuales, sonoras o simbólicas de los seres y de las cosas, es la que va a regir esa influencia.

El hecho de comunicar implica, por lo tanto, dos elementos distintos: una relación física entre dos seres situados en un espacio de representación (espacio geométrico o social, en una idea de canal), y un mensaje transmitido; es decir, la transferencia de una señal entre los dos seres –mensaje.

Podemos hablar entonces, de una relación emisor-canal-receptor, la cual construye el acto mismo de la comunicación (quién habla, qué dice y a quién se lo dice)⁵⁸.

⁵⁸ Aristóteles nos ofrece la definición elemental de lo que después sería la comunicación formal, al decir que hay un **orador** (emisor), un **discurso** (mensaje) y un **auditorio** (receptor). En 1948, Lasswell desarrolló lo que se conoció como el primer modelo del proceso de la comunicación, que puede enunciarse bajo dos formas: “**quién** dice **qué** en qué **canal** a **quién** con qué **efecto**.”, mismo que, codificado, nos lleva a : **Fuente---Mensaje---Canal---Receptor---Efecto**

Sin embargo, en cualquier esquema del proceso del acto de comunicación, encontraremos siempre tres componentes básicos que lo conjugan de siempre a fin: el acto de emitir un mensaje, el mensaje mismo y a quién va dirigido el mensaje. Resulta obvio que lo primero que debe darse es que alguien, puede ser que a través de algo, emita un mensaje y que alguien, en algún momento, lo reciba. Por lo tanto, el **emisor** representará el elemento encargado de iniciar y guiar en primera instancia el acto de comunicación. A su vez, el **receptor** permite que este acto o proceso se complete, en realidad así de simple y así de básico. Aunque, por otro lado, podríamos complicarlo, complementándolo más, al seguir por ejemplo la proposición de David K. Berlo, quien antepone un proceso de codificación y otro de decodificación, después de la emisión el primero y antes de la recepción del mensaje, el segundo, definiéndolo de la siguiente manera:

fuentes---codificador---mensaje---canal---decodificador---receptor otro elemento imprescindible del acto y proceso de la comunicación, es el **mensaje** y por este término designamos a la unidad que desglosa el contenido de una información, además de unir al **emisor** y al **receptor**, en el supuesto de

Wilbur Schramm⁵⁹ la definió como: "El acto de compartir una orientación con respecto a un conjunto informacional de signos."

"El término "**comunicación**" proviene del latín "*commun*" ("*comunitas, atis*", "que pertenece a muchos o a todos" ; "comunidad, unión"). Cuando nos comunicamos estamos tratando de establecer una **comunidad** con alguien. Eso significa que tratamos de compartir una cierta información, una idea o una actitud... la esencia de la comunicación radica en la **sintonización** recíproca del **R** y el **E** para un determinado mensaje. La comunicación requiere siempre, por lo menos, tres elementos: fuente-mensaje-destino. Ahora bien, ¿qué ocurre cuando la fuente trata de formar esta **comunidad** con su pretendido receptor? En primer lugar, la fuente encodifica su mensaje. A la información o el sentimiento que desea compartir les da una forma tal que puedan ser transmitidos. Las "imágenes" o ideas en nuestras cabezas no podrán ser transmitidas en tanto no sean codificadas: cuando se codifican pueden ser transmitidas fácil y eficazmente. Con el fin de completar el acto de comunicación, el mensaje debe ser decodificado."⁶⁰

Esta definición fue preparando el camino hacia un concepto diferente de la comunicación bajo otras funciones más complejas y externas: la "Comunicación de Masas o Masiva a la que Oliver Burguelin define como el "modo particular de la comunicación moderna, que

que estos dos últimos elementos posean el **código** que permita un mismo nivel de entendimiento. Podemos enunciar otra definición útil, que sería la de que es una "selección ordenada de símbolos que se proponen comunicar información." El mismo Berlo, contempla otros tres factores importantes que se destacan en el **mensaje**: el **código** (modo como se estructuran en él los símbolos); el **contenido** (que se relaciona con el material para expresar un propósito) y el **tratamiento** (modo como se presenta el mensaje). Por otro lado, se debe contemplar también lo que Wilbur Schramm enuncia como **procesamiento del mensaje**, que se da en el emisor y en el receptor, contemplando el caso de que el receptor pueda escoger un mensaje entre varios simultáneos. Lo que define como **factor de selectividad** y lo formula como "la esperanza de recompensa dividida con el esfuerzo necesario para interpretarlo".

⁵⁹ **La ciencia de la comunicación humana.** Ed. Roble

⁶⁰ GALEANO, Ernesto C. **Modelos de Comunicación.** p39

permite al emisor dirigirse simultáneamente a un gran número de destinatarios".

De acuerdo con estas ideas, la comunicación es al mismo tiempo, una herramienta y una necesidad:

“A la comunicación le corresponde ahora una nueva centralidad en la estructura social. La comunicación ya no es únicamente un factor cultural, sino que se ha convertido claramente en un factor central del desarrollo económico y de la propia organización social en todos sus aspectos (sanidad, transporte, ocio, producción, etc.). Los principales cambios estructurales de la sociedad se producen ahora en el entorno del tratamiento y de la transmisión de la información”.⁶¹

2.1.1 Comunicación para la salud

Si la salud es un derecho universal y fundamental, según se afirma en los principios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entonces la Comunicación para la Salud –compartir los conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud- es una obligación de los ministerios, secretarías y organismos encargados de promover y atender la salud.

Es tarea de la comunicación para la salud, en todo caso, poner la información y los instrumentos necesarios para vivir una vida mejor en manos de quienes más los necesiten (el paciente, el proveedor de atención de salud y la comunidad en general). La comunicación para la salud hace referencia a diversos enfoques y aplicaciones en cuanto a los instrumentos de comunicación utilizables en el amplio terreno de la salud.

Una revisión necesariamente somera del término puede sugerir aproximaciones tan diversas a éste, como la comunicación médico-paciente, médico-trabajadores de salud, trabajadores de la salud-

⁶¹ Moragas de, Miguel. Internet: Facilidades tecnológicas, dificultades de Comunicación. Pág18 Aula Abierta, Portal de la Comunicación

consumidores de mensajes sobre salud, y hasta la relación comunicacional entre las instituciones de salud y diversos segmentos públicos.

Estas aproximaciones no están alejadas de la concepción sobre lo que debe entenderse como comunicación para la salud.

Sin embargo, habremos de considerar este tipo de comunicación como un “sistema de intervención para modelación masiva de conductas propicias al buen estado de salud”.⁶²

De acuerdo con esta definición, la comunicación para la salud resulta eficaz en tanto la infraestructura y las estrategias puestas a su disposición. Esto incluye las políticas que, a partir de ciertos principios, normas y aspiraciones dan fundamento a las acciones de comunicación en este terreno.

La comunicación para la salud abarca áreas como la comunicación institucional, la educación acerca de los medios de comunicación, el periodismo especializado en salud, el mercadeo social, la comunicación de riesgos, la educación entretenida y el entretenimiento educativo, la comunicación social y la promoción de la causa de la salud en los medios de comunicación.

Al respecto y, por acuerdo de diversos organismos internacionales, inició en la década de los 70 una amplia difusión del término y de las principales políticas de comunicación y salud diseñadas y propuestas para proveer de mejores recursos y oportunidades a países y comunidades específicas:

1. En 1978 se hablaba de la salud como un derecho humano fundamental: La clave para lograr su ejercicio universal es la atención primaria en salud. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y

⁶² Beltrán S., Luis Ramiro. **National communication policies in Latin America.** París, UNESCO. Mimeo.43 p. (COM-74/CONF.617/2) 1973

ejecución de los programas de salud (Declaración de Alma-Ata)⁶³.

2. Como decisión de la Trigésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud, fue adoptada en 1981 la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000. En este documento se otorgaba clara importancia a "la educación y la información" como instrumentos a favor de la salud primaria.⁶⁴
3. En 1986, la Carta de Ottawa señalaba como prioridad promover la salud para habilitar a la gente en el control sobre la prestación y mejoramiento de servicios de salud: La promoción debe fomentar estilos de vida saludables y contribuir a lograr las condiciones sin las cuales no puede haber salud para el pueblo (paz, albergue, alimento, educación, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia y equidad).
4. La Declaración y Plan de Acción de la Cumbre Mundial por la Infancia, señaló en 1990: La máxima prioridad en la lucha contra el subdesarrollo se le debe dar a la infancia.

⁶³ Durante la **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**, celebrada en esta ciudad, se expresó la convicción de que la salud no puede ser un privilegio de pocos, al ser un derecho universal y fundamental. En esa ocasión se asignó como máxima prioridad para todos los pueblos, la salud primaria o preventiva materno-infantil, asignando el primer lugar entre ocho actividades básicas, a "la educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de control y prevención de los mismos".

⁶⁴ De acuerdo con la Estrategia de Salud para Todos en el año 2000, el **Séptimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud** para el periodo 1984-1989 asignó a la información y a la educación papeles fundamentales en la prevención y el fomento de la participación popular. El entonces Director General de la OMS, doctor H. Mahler, destacaba la importancia de la "información y la educación para la salud como un brazo operacional permanente de estrategias nacionales e internacionales para lograr el apoyo político y popular en logro de la salud para todos". Mahler. H. Un mensaje del Director General de la OMS. En Revista **La Educación para la Salud**. OMS, No1:3-4 1985

La supervivencia y el desarrollo infantil deben tener prelación sobre todas las demás necesidades de salud y educación. Y los gobiernos deben mantener esta preferencia en buenos y en malos tiempos.

En estos términos, debe considerarse que la comunicación para la salud representa una serie de complejos procedimientos encaminados al establecimiento de patrones que funcionen en el mediano y largo plazos, tanto en comunidades como en situaciones generales y específicas. Pero al mismo tiempo, de políticas concretas aplicables en situaciones determinadas.

Allí se inscriben factores fundamentales como la educación, la información y la misma comunicación⁶⁵, que en los últimos años han tomado mayor auge como participantes directos en estos procesos debido a sus amplias implicaciones para la vida cotidiana en todos los ámbitos.

Durante la 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en septiembre de 1990, se hizo hincapié en la importancia de la comunicación social en cuestiones de salud, al mencionarse que la introducción de información relevante sobre salud en los medios de comunicación masiva, en los contenidos educativos básicos y en las discusiones comunitarias, tiene una importancia esencial para lograr que la población tome decisiones informadas en lo concerniente a su salud individual, a la salud de su familia y a la de su comunidad.

“El uso de la información como instrumento del cambio debe ser un área de trabajo importante. La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas. La información debe destinarse también a determinados grupos de la comunidad, con miras a ejercer influencia sobre las políticas o a fomentar la adopción de políticas públicas orientadas a la salud, lo

⁶⁵ Al declarar que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, especifica que los medios de comunicación son actores clave en este terreno.

cual es un componente clave de la promoción de la salud".⁶⁶

La información y comunicación para la salud son esenciales para la adopción de modos de vida sanos, tanto individuales como colectivos.

El Banco Mundial hace referencia a estas cuestiones en su documento titulado *Communicating for Behavior Change: A Tool Kit for Task Managers* (Comunicación para lograr cambios de comportamiento: estuche de herramientas para jefes de tareas) y señala:

“Dado que el comportamiento humano es un factor principal en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse en los comportamientos relacionados con la salud, así como en los establecimientos sanitarios y la prestación de servicios de salud. La resolución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y sean motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria”.

La comunicación para la salud es una estrategia clave para informar sobre las diversas situaciones sanitarias y para que los asuntos importantes figuren en el temario público.

No es desconocido para las grandes sociedades que una buena parte de la cultura moderna es transmitida por los medios de comunicación.

En esa medida, debemos expresar la importancia que reviste el trabajo de los medios como un instrumento de cobertura y alcance altamente significativos para estas cuestiones.

La Organización Mundial de la Salud resalta que el interés en comprender lo que motiva a las personas a adoptar o no

⁶⁶ 29ª sesión del Subcomité de Planificación y programación del comité ejecutivo de la OPS/OMS, 1y2 de diciembre de 1997. pág 5

comportamientos sanos que mejoren su calidad de vida ha sido un tema de investigación de muchas disciplinas desde los años sesenta.

Sin embargo, menciona que al definir la comunicación para la salud como “la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño”, debe considerarse a la investigación y segmentación de las audiencias como elementos clave de todo programa de comunicación para la salud.

Y, al mismo tiempo, trabajar en un proceso sistemático de formulación de programas que contemplen la intervención de expertos en el campo de la comunicación.

La OMS sugiere poner atención en el estudio de las audiencias a partir de teorías y modelos encaminados a comprender los cambios de comportamiento y/o la persuasión en las audiencias.

Al respecto, cabe mencionar que las teorías sobre modelos del cambio de comportamiento postulan que la adopción de comportamientos sanos es un proceso en el cual los individuos pasan por diversas etapas hasta que el nuevo comportamiento se convierte en parte de las actividades normales cotidianas

Los modelos recalcan que los mensajes y programas transmitidos por los medios de comunicación de masas son más eficaces en las etapas más tempranas, mientras que la comunicación interpersonal y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores. En cualquier caso, la información es crucial para promover el paso de una etapa a la siguiente. Sin embargo, el tipo de información necesaria varía según la etapa en que se halla la población.

Por su parte, los estudios sobre persuasión, conocidos también como teorías del comportamiento, y los modelos correspondientes, presentan un marco de referencia para entender el comportamiento

humano y sus factores determinantes, aplicables a distintas culturas y comportamientos, en este caso, relacionados con la salud.⁶⁷

La investigación de audiencias, fundamental para elaborar programas de comunicación para la salud que den buen resultado, se usa para preparar mensajes, información y materiales pertinentes y para identificar los canales con mayores probabilidades de alcanzar a quienes se hallan expuestos al mayor peligro, o a determinadas situaciones, e influir en ellos. La audiencia se segmenta aún más para determinar los grupos más grandes posibles de personas que comparten valores y creencias similares o comparten otros atributos esenciales que influyen en la atención que prestan a la información sanitaria y cómo responden a ella.

Posteriormente, los productos se ponen a prueba con grupos de opinión o mediante otros procesos de validación para lograr que se comprenda el mensaje adecuado.

Entendida en su más amplia concepción, la comunicación para la salud supone la disposición de los recursos y estrategias necesarios para hacer de la información y el conocimiento en salud, instrumentos que faciliten la mejora en las condiciones de vida.

Desafortunadamente, la marcada incongruencia entre políticas, planes y prácticas pone de manifiesto el deficiente tratamiento de lo que debe entenderse como comunicación para la salud. Se trata de recursos técnicos, humanos, científicos, financieros y educativos que, en conjunto, propicien estados favorables de salud más bien permanentes.

Se trata incluso, en términos específicos, de la forma en que históricamente se han modelado las conductas para hacer frente a problemas particulares de salud, en una clara muestra de que todavía no somos capaces de controlar satisfactoriamente los elementos que

⁶⁷ Cabe mencionar, aquí, el modelo de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y la teoría del aprendizaje social.

ponen en riesgo nuestras condiciones de vida, más allá de la intervención médica en situaciones de enfermedad.

Hoy, más que nunca, hay grandes expectativas sobre las capacidades de la comunicación para apoyar el mejoramiento de la salud pública. Esto se debe esencialmente, a que se ha cobrado conciencia respecto a la efectividad en el uso del arsenal tecnológico con el que convivimos cotidianamente. Pero también se considera el potencial de los mensajes realizados específicamente para promover la salud.

Cabría mencionar que, efectivamente, los elementos indispensables en este contexto, no dejarán de ser la misma comunicación, el ámbito educativo y la información de la cual se disponga.

En estos términos, diríamos que:

1. Las estrategias desarrolladas a partir de información, educación y comunicación pueden lograr entre los profesionales y los usuarios de los sistemas de salud, una más amplia percepción de la salud como un asunto de jerarquía nacional, lo cual se traduciría en una visión encaminada a la toma de decisiones entre las comunidades y los organismos encargados de estas tareas.
2. La movilización de los diversos sectores sociales para participar activamente en programas específicos puede ayudar a direccionar las acciones de manera más práctica y en un espectro gradualmente más amplio.
3. Tanto la información como la educación y la comunicación tienen la capacidad creativa y decisiva de modelar comportamientos para el mejoramiento de la salud. Por lo tanto, es indispensable considerarlas en los procesos de planeación y administración de los programas de salud.
4. Así como los servicios de salud deben encomendarse a los profesionales más calificados, estos elementos (información,

educación y comunicación) deben permanecer en estrecha relación con profesionales clave de los medios de comunicación. Es importante señalar que la participación de las diversas entidades involucradas tanto en el ramo de la salud como de la comunicación debe ser comprometida hacia un fin fundamental: hacer efectivo el interés por procurar un óptimo estado general de salud.⁶⁸

Hablamos de que la conjunción de estos tres factores condiciona en gran medida el éxito o fracaso del trabajo hecho en cuanto a comunicación para la salud, que es la materia que nos interesa para esta investigación.

“La comunicación para la salud y el desarrollo son fuerzas vitales para afianzar políticas públicas positivas, el apoyo institucional y legislativo y los sistemas adecuados que son necesarios para una vida sana. La educación y la información constituyen la base del conocimiento y las destrezas que habilitan a las personas, las familias y las comunidades para realizar elecciones positivas en materia de salud. La educación en salud y la comunicación están en el centro de este proceso de fortalecimiento...”⁶⁹

⁶⁸ En el documento de la OPS-OMS titulado **“Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina”, 1993**, ya se mencionaba que el mejoramiento de la salud en situaciones específicas está directamente relacionado con la forma en que interactúan los diversos actores involucrados, y al mismo tiempo, con el trabajo realizado a partir de la comunicación, la educación y la información. Así, entendemos que la salud es un tema de máxima prioridad a nivel nacional e internacional, en el que se debe contribuir ampliando la capacitación y especialización de personal en materia de atención, servicio, comunicación y educación. Esto, con el objeto de crear redes de comunicación/información para la salud. En este sentido, se trata de incrementar la producción de mensajes que propicien intensamente el trabajo y evaluación de los aspectos sanitarios.

⁶⁹ Beltrán S., Ramiro. “La Salud y la Comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes” **Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina**, pág. 75

Tabla 18. Esquema de modelación de conductas por medio de información, educación comunicación:

| Funciones | Propósitos principales a los que sirven | canales que usualmente emplean | públicos a los que se dirigen | Principales competencias requeridas* |
|----------------------|--|--|---|---|
| información** | Crear un clima general propicio. Divulgar conocimientos. Forjar actitudes. | Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia. Teléfonos. Correo. | General. Líderes de opinión. | Periodismo. Publicidad. Relaciones públicas. Encuestas de opinión pública. Mercadeo social. |
| Educación | Impartir orientaciones y destrezas | Recursos de contacto interpersonal, formal y presencial en aula | Maestros. Estudiantes. Funcionarios del sector salud. | Pedagogía. Psicología educativa. Técnicas de contacto individual. Dinámicas de grupo. |
| Comunicación | Divulgar conocimientos. Forjar actitudes. Inducir prácticas. | Medios de contacto impersonal, masivo y a distancia. Recursos de contacto interpersonal y presencial fuera del aula y no formal | Individuos. Grupos. Masas. (como beneficiarios de programas) | Principios de comunicación para el desarrollo. Técnicas de contacto individual, de grupo y de masas. Antropología cultural. Psicología social. |

* Una competencia deber ser exigible por igual para especialistas a cargo de cada una de las tres funciones: la de programación, entendida como el conjunto de destrezas de investigación, planeación, prueba, fiscalización, evaluación y ajuste para la producción y distribución de mensajes.

** Este término también se aplica en instituciones y empresas al control de documentos científicos y al procesamiento electrónico de datos. Sin duda esas son otras funciones comunicativas pero no corresponden –sino acaso como apoyo logístico- al proceso IEC (información, educación, comunicación).

Fuente: OPS-OMS. “Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina”, 1993

Sin embargo, a la luz de esas políticas de salud convenidas internacionalmente y de la reflexión sobre el papel de la información, la

educación y la comunicación, deben tomarse en cuenta algunos lineamientos básicos:

1. El Estado debe reconocer la importancia crucial que la comunicación social tiene para alcanzar las finalidades señaladas por las políticas de salud y, en consecuencia, asignar el porcentaje más elevado posible de los recursos del sector salud a ampliar, jerarquizar y mejorar sustantivamente su capacidad orgánica de comunicación educativa para la salud, manteniéndola claramente separada de la labor de publicidad y relaciones públicas.
2. El Estado debe asegurar, por otra parte, que un porcentaje considerable de la asistencia financiera externa para programas de salud sea asignado a los requerimientos de los sistemas de comunicación que deben apuntalar a aquellos.
3. El Estado debe recurrir, además, a los recursos de sectores afines –como los de información pública, educación formal, previsión social y desarrollo rural- para que contribuyan cooperativamente a fortalecer los sistemas de comunicación para la salud.
4. El Estado apelará a todos los mecanismos posibles de comunicación social –incluyendo los privados- para movilizar a todos por la salud de todos.
5. El Estado ha de aplicar la mayor parte de todos sus recursos – humanos, físicos y financieros- disponibles para comunicación en salud al franco apuntalamiento de las acciones pro salud que respalden:
 - a) El reconocimiento efectivo de la salud como un derecho universal.
 - b) La Prioridad efectiva para los programas de atención primaria en salud.
 - c) Reconocimiento efectivo del derecho del pueblo a participar en el diseño y ejecución de los programas de salud.

- d) Promoción integral de la salud por la vía de ayudar a la gente a que intervenga en los servicios de salud, a que adopte estilos de vida saludables y a que luche por conseguir las condiciones de contexto socioeconómico y medio ambiente físico indispensables para el logro de la plena salud pública.
 - e) Máxima prioridad efectiva a favor del desarrollo y la supervivencia infantil.
6. En busca del logro de esas políticas de salud, el Estado debe poner especial énfasis en sus acciones de comunicación que más pueden aportar a las estrategias primordiales previstas, tales como la sensibilización y activación de la opinión pública, la movilización social, la participación popular, el involucramiento comunal, la educación –formal y no formal– para la salud y la promoción general de ésta.
 7. Asimismo, el Estado debe encargarse de emitir conjuntos esenciales y normativos de mensajes sobre cada uno de los problemas de salud sobresalientes en el país y difundirlos bajo la obligación legal de que los empleen no solo sus organismos propios sino también los no gubernamentales, a fin de evitar incongruencias, contradicciones e inexactitudes tanto en el contenido como en el tratamiento.
 8. Para asegurar la más alta calidad posible en sus acciones de comunicación para la salud, el Estado debe contratar al personal más calificado de esa especialidad, darle la jerarquía equivalente a las de las otras especialidades profesionales, brindarle remuneración justa y atractiva y le asegure estabilidad funcionaria independiente de cambios políticos y consideraciones extraprofesionales.
 9. El Estado debe fomentar resuelta y sostenidamente la capacitación de comunicadores en salud mediante convenios con universidades e institutos tanto de formación en

ciencias de la salud como en la de comunicación para la salud.

10. El Estado, valiéndose igualmente de convenios con universidades y centros de ciencias sociales, debe asegurar que sus actividades de comunicación para la salud se ejecuten bajo un régimen integral de programación racionalizada y optimizante que incluya investigación, planeamiento, fiscalización, evaluación y ajustes para dar máxima eficiencia a la producción y difusión de mensajes.

Sería injusto no reconocer que el mundo es, hoy en día, un sitio mucho mejor desde el punto de vista de la salud. Sin embargo, el progreso en este campo, así como en la comunicación y el desarrollo en general, tiende a ser altamente desequilibrado e injusto de manera tal que los "sanos" se hacen más sanos mientras que los enfermos se hacen más débiles, se agravan y mueren con mayor facilidad.

Costello señalaba en 1977 que "el problema más difícil que enfrentan las personas dedicadas a la comunicación para la salud... es que los materiales informativos llegan a, y son asimilados por, las personas más educadas y los grupos más interesados de la población repetidamente, mientras que no llegan a los mismos grupos que más necesidad tienen de ellos".⁷⁰

A más de 20 años de esta afirmación, nada parece indicar que las condiciones hayan cambiado radicalmente.

Una realidad evidente, incluso en los últimos tiempos, es que cualquier trabajo planeado en materia de comunicación para la salud es susceptible de verse afectado negativamente si no hay apoyos tangibles de autoridades, comunidad y grupos.

Insisto en esto, debido a que el trabajo que se realiza en esta materia parece extraviarse bajo circunstancias particularmente

⁷⁰ Costello, 1977, p.564

desfavorables que ocasionan desinterés, falta de credibilidad en los beneficios que podría atraer la organización de planes y proyectos para el mejoramiento de la salud con la utilización de medios específicos como los tecnológicos, descontrol y pérdidas incluso de tipo económico.

Me atrevería a considerar que esta realidad es una de las causas principales en el escepticismo social hacia programas que carecen de acciones concretas que involucren a todos los individuos para su propio beneficio y de los mismos actores involucrados en el proceso de la comunicación para la salud.

En este sentido, Mc Allister señalaba en 1981: "la comunicación destinada a influenciar comportamientos complejos y persistentes debe cumplir tres funciones:

1. **informar** al público acerca de esos comportamientos y sus consecuencias;
2. **persuadir** a las audiencias para que cesen dichos comportamientos; y
3. **capacitar** a las audiencias en las destrezas necesarias para traducir la intención en acción"⁷¹

El especialista reiteraba, igualmente, la importancia del apoyo interpersonal para las comunicaciones mediatizadas. Los medios de comunicación masiva, decía, "pueden informar, persuadir y capacitar a sus audiencias efectivamente, pero un cambio duradero no se podrá alcanzar en la ausencia de un ambiente social que dé apoyo"⁷². Y señalaba que "las comunicaciones informativas y persuasivas pueden ser muy efectivas en alcanzar el objetivo pequeño de transmitir conocimientos y cambiar actitudes pero son mucho menos efectivas en lograr la meta más importante de cambiar el comportamiento."⁷³

⁷¹ Mc Allister, 1981, p.91

⁷² Op.Cit. p.92

⁷³ Ibidem. p.94

Finalmente, la comunicación para la salud debe ser un proceso⁷⁴ de influencia social multitudinario que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas requeridas de la población por los programas de salud para mejorar el estado de esta última.

Diría Eduardo Contreras Budge⁷⁵ que la comunicación democratiza la información y los conocimientos, socializa, educa (si se entiende a la comunicación en el amplio sentido de “compartir”), sensibiliza, pone temas en la agenda pública, facilita y convoca la participación comunitaria y social, moviliza, posibilita alianzas, promueve y expande considerablemente los alcances de las intervenciones en salud⁷⁶.

En un sentido más específico y operativo algunos la perciben como “el intento sistemático de influir positivamente en las prácticas de salud de poblaciones extensas utilizando principios y métodos de la comunicación masiva, diseño de la instrucción, mercadeo social, análisis del comportamiento y antropología médica.”⁷⁷

Si bien la realidad en salud para México y el mundo está cambiando, la comunicación para la salud encierra todo un esquema de fines, tareas y compromisos. Se espera de ella que “aporte” herramientas en la búsqueda de la salud. Y entendida desde este punto de vista, se presenta como un actor imprescindible en esta labor.

Mucho se ha mencionado que los nuevos desafíos en cuanto a salud tienen que ver directamente con las acciones en materia comunicacional y, efectivamente, se trata de disminuir los estragos que

⁷⁴ **Ver anexo 1.**

⁷⁵ Consultor en comunicación, salud y desarrollo social.

⁷⁶ La promoción de la salud entra en el terreno de las tareas comunicacionales y se identifica como uno de los principales fines de la comunicación para la salud con el objetivo primordial de producir resultados.

⁷⁷ No basta con dar a conocer problemas sustantivos de salud y tampoco se trata de otorgar a la comunicación la tarea de resolver los problemas de salud. Hablamos de poner en marcha las estrategias necesarias para impactar sobre los problemas de salud existentes, establecer objetivos y crear mensajes contextualizados que contemplen perfiles poblacionales para poner a su disposición canales y/o medios eficaces de información.

ocasiona la falta de mensajes adecuados en tiempos y lugares específicos.

2.2 Medios de comunicación y salud

A lo largo de la historia, la humanidad ha evolucionado hacia estructuras de comunicación, complejas y particulares.⁷⁸ La forma en que interactuamos con el medio y con los seres que nos rodean es una muestra de las grandes capacidades que tenemos para convivir en un entorno que a su vez, se muestra complejo e incomprensible. Hemos reconocido, en este sentido, las ventajas de buscar, saber, y obtener la mayor cantidad de información originada por “otros” en cualquier lugar del mundo.

Es parte de nuestra naturaleza establecer relaciones que retroalimenten nuestros propios conocimientos y nos ayuden a establecer vínculos más contundentes con el medio y la sociedad. Tal vez estas razones sean puntos esenciales de los grandes esfuerzos por instaurar modelos e instrumentos cada vez más eficaces de comunicación e información.

⁷⁸ La primera etapa de la comunicación fue probablemente la era de los **signos** y las **señales** que se desarrolló en los inicios de la **prehistoria**, anterior al lenguaje. Los antropólogos opinan que el hombre prehistórico entró en la era del habla y del lenguaje alrededor de 40.000 años atrás. Para el hombre Cromagnon el lenguaje ya era de uso común. Hace 5.000 años se produjo la transformación hacia la era de la escritura, la que se constituyó en una progresiva herramienta del progreso humano. Llegar a la escritura significó pasar antes por las **representaciones pictográficas** que reflejaban ideas hasta la utilización de letras que significaran sonidos específicos.

Otro de los mayores logros humanos a favor de la comunicación se produjo en el siglo XV con la aparición de la **impresión de tipos móviles** que reemplazó a los manuscritos. La idea fue concebida por **Johann Gutenberg**, quien después de muchas pruebas descubrió un sistema único para hacer los caracteres de imprenta. El nacimiento del **libro** amplió las posibilidades de la comunicación y la difusión de la lectura y de la escritura: ya en el siglo XVI las imprentas producían miles de libros en diversos idiomas.

Los medios que hemos puesto al alcance de nuestras necesidades se han convertido en parte fundamental de nuestra vida diaria, nuestra convivencia y nuestro desarrollo⁷⁹.

Evidentemente, con los **avances tecnológicos** se ha logrado innovar en sistemas de comunicación más eficaces, de mayor alcance, más potentes y prácticos⁸⁰.

Hoy en día, los medios de comunicación constituyen una herramienta persuasiva que nos permite mantenernos en una continua renovación de conocimientos e informaciones al límite de lo creíble.⁸¹

⁷⁹ En el siglo XIX se habían aportado los primeros medios de comunicación instantánea: el **telégrafo por cable (Samuel Morse en 1844)** y el **telégrafo sin hilos (Guillermo Marconi en 1895)**. En 1876, **Alexander Graham Bell** patentó el **teléfono**.

Sobre todo a partir de los inicios de siglo XX, los periódicos, revistas y libros leídos en el mundo produjeron cambios en el modo de actuar y sentir de los hombres. La eficacia de la letra impresa fue contundente, y no tuvo rival hasta la aparición de otros medios masivos de comunicación que compitieron en la información.

⁸⁰ La primera década del siglo XX aportó importantes perfeccionamientos técnicos. Los equipos de **radio** se hicieron más livianos y poco a poco, la **radiotelefonía** se generalizó, sobre todo después de la Primera Guerra Mundial. En 1929, **J. Boird** basándose en experimentos anteriores consiguió la primera **transmisión televisiva**. El nuevo medio fue paulatinamente incorporado a los hogares y en el período inicial, tener un televisor fue para las familias un símbolo de estatus.

La televisión se generalizó a partir de la Segunda Guerra Mundial, y la apertura de la llamada "Era Espacial" en 1957 (cuando se puso en órbita el primer satélite artificial) abrió un nuevo panorama, pronto se contó con los primeros **satélites de comunicaciones**.

El **cine** (1895, Hnos. **Lumiere**) se sumó en las décadas de 1920 y 1930 con las primeras transmisiones sonoras y, después de la segunda guerra mundial con los primeros filmes a color, al gran impacto social de los medios.

El descubrimiento de los **electrones**, de las **ondas electromagnéticas**, de los **circuitos eléctricos y electrónicos**, etc., sirvieron entre finales del siglo XIX y comienzos del XX para la construcción y desarrollo de instrumentos de comunicación preferentemente **audiovisuales**.

El siglo XX fue, en efecto, la era de la **electrónica**, la era **atómica**, la era de las **comunicaciones**, etc. La introducción de nuevas tecnologías modificó la lectura, el modo de vivir y de entender la realidad.

⁸¹ El desarrollo de la telemática, el multimedia o la red internet nos ha llevado a terrenos insospechados en el alcance y cobertura de las informaciones. En este sentido, el impacto del siglo XX se incrementa y da paso a un siglo XXI lleno de opciones en continua renovación y convergencia.

Hemos rebasado fronteras que a lo largo de los años jugaron un papel primordial incluso para la seguridad de las naciones.

Somos partícipes de un mundo mediatizado que, sin lugar a dudas, ya no concebiríamos de otra forma. La presencia de los medios de comunicación en las sociedades de las cuales formamos parte, reviste una serie de fenómenos que la historia ha rescatado para mostrarnos de frente la carrera que hemos iniciado contra nuestras propias capacidades.

Si bien es cierto que a partir del auge mediático el mundo cambió convirtiéndolo en un espacio de interacción casi ilimitada, también se ha puesto en tela de juicio cuál debe ser su papel, su alcance y su intervención en el modo de vida del ser humano.

Cuando hablamos de los medios de comunicación como uno de los logros más espectaculares e impresionantes de la ciencia y la tecnología, estamos ciertos de que vivir sin ellos nos haría retroceder a épocas de aislamiento y cerrazón.

Incluso, se ha considerado que el ritmo en que las sociedades han evolucionado hacia formas de convivencia más complejas está relacionado íntimamente con la forma de hacer y decir de los medios de comunicación.

Pero ¿Cuál es el lugar que ocupan los medios cuando hablamos de conflictos sociales, de necesidades básicas, de momentos y situaciones cruciales para los individuos y las comunidades? Se ha trabajado mucho en relación con las tareas fundamentales de los medios de comunicación. Sin embargo, no hemos logrado perfilar nuestras opiniones hacia un acuerdo claro y definitivo. Las acciones se mantienen tan diversas como los mismos medios y sus contenidos.

Algunos especialistas opinan que los medios de comunicación han traspasado los límites de lo aceptable, que es necesario delimitar sus fronteras y definir una vez más su tarea.

Sin embargo, cabe señalar que más allá del papel que pretendamos dar a los medios de comunicación desde el punto de

vista ético o de la moral de las sociedades, de los intereses particulares y de los beneficios económicos o políticos, es necesario plantear a los medios de comunicación como herramientas.

Es del interés de esta investigación, proponer el uso oportuno de los medios de comunicación en tareas como la difusión de informaciones de primer orden en materia de salud. Tal interés radica en el alto potencial que ofrecen las aplicaciones tecnológicas a los medios. Ya hemos mencionado las ventajas que tiene un medio electrónico capaz de cubrir áreas geográficas distantes. La velocidad y el alcance, se convierten en las ventajas principales.

Insisto en estas características porque la salud es un área que arroja continuamente informaciones de gran importancia. La cuestión hasta hoy, radica en el hecho de que la salud es un tema que apenas toma un lugar representativo en los contenidos de los medios. Si lo entendemos de una forma estricta, es necesario tener información novedosa y oportuna en cuanto a salud se refiere.

En 1983, el Presidente de la 36ª Asamblea Mundial de Salud y de Ministros de Salud (realizada en Malasia) señalaba que existía un nuevo medio de transmisión de enfermedades; la diseminación masiva de imágenes y palabras... Los estilos de vida no están condicionados por el clima y la cultura tradicional, sino más bien dependen de la velocidad con que se transmite la información de un país al otro..."⁸²

"Las posibilidades que los medios masivos tienen han permitido el acceso a la información a millones de personas. Campañas de inmunización, rehidratación oral y otras intervenciones de supervivencia infantil que incluyen a los medios han tenido un efecto positivo para la salud; pero la expansión de los flujos de información también ha servido para diseminar prácticas dañinas para la misma."⁸³

⁸² Coloquio sobre "Promoción de Salud y Calidad de Vida: Estrategias Alternativas de Comunicación, Lima, julio de 1992. p.8

⁸³ Ibidem.

De acuerdo con esta opinión, hago énfasis en el alto impacto de los medios. Las estructuras programáticas y los contenidos han delineado innumerables formas de ser y de pensar. Y tenemos una cierta impresión del papel que deben jugar en un ambiente tan complicado como en el que vivimos.

Sin embargo, me concentraría en el interés de observar tanto el comportamiento de los medios como el de las audiencias ante la difusión de temas como la salud o la educación. Y, sin lugar a dudas, en la conveniencia de apoyar las estrategias de difusión sanitaria en este tipo de herramientas.

2.2.1 COMSALUD en México

El caso específico de México, es por demás, interesante. Entre 1996 y 1997, seis universidades latinoamericanas realizaron un diagnóstico de los mensajes difundidos por los medios de comunicación, sobre temas de salud y medio ambiente, con el objeto de conocer el contenido y la evolución de este tipo de mensajes en sus respectivos países.

El estudio piloto denominado **COMSALUD**, realizado simultáneamente en Colombia, Perú, Ecuador, Brasil y República Dominicana por iniciativa de la Organización Panamericana de Salud (OPS), a través de la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS), demostraba la necesidad de ampliar la investigación a otros países, con el objeto de medir la cobertura que sus medios de comunicación realizaban sobre el mismo tema⁸⁴.

La Universidad Nacional Autónoma de México se unió a esta iniciativa durante el primer semestre de 1998 y, al protocolo de

⁸⁴ En Octubre de 1997, FELAFACS llevó a cabo un Congreso en Lima, Perú, en el cual se presentaron los primeros resultados del monitoreo realizado. En ocasión de este evento, fueron invitados investigadores de Argentina, Chile, México, Panamá, Uruguay y Venezuela, para incorporarse al estudio.

investigación elaborado por la Universidad de Lima, bajo la coordinación de la Dra. Delia Crovi Druetta, maestra e investigadora en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

A partir de ese momento se integró un grupo de trabajo encargado de la obtención e interpretación de datos para el proyecto **COMSALUD**.

Considerando el amplio campo de estudio, la investigación se concentró en el trabajo realizado por medios tradicionales en el campo de la comunicación (radio, televisión y prensa).

Cabe señalar que se dejó fuera de toda consideración el trabajo realizado a través de internet, debido a que en aquel año, su infraestructura y alcance no ocupaban un lugar preferente entre los propios medios de comunicación.

De acuerdo con las pautas establecidas en el protocolo, se tomaron en cuenta razones tanto demográficas como económicas, culturales y políticas que en los últimos tiempos hicieron que los sectores dedicados a la salud se encargaran de enfatizar la necesidad de una **Cultura de Salud**, educando a los ciudadanos para mejorar su calidad de vida a partir de acciones de autoprotección.

Anteriormente se mencionó que el trabajo de los medios de comunicación resulta fundamental para el desarrollo de esa cultura. Como agentes socializadores, son proveedores de información y educación informal a un gran número de receptores y, por lo tanto, refuerzan, modifican, consolidan, alteran o introducen valoraciones, normas y actitudes sociales.

Aunque existe un creciente reconocimiento del importante papel que juegan los medios para este fin, diversos estudios sobre la cobertura realizada acerca de los tópicos de salud y bienestar, revelaron efectos insensibles a una adecuada promoción de la salud.

En tal caso, demostraron que las tendencias temáticas de los medios de comunicación tenían variaciones apenas visibles, para crear conciencia sobre asuntos que años atrás fueron de índole incluso

privada, y que requirieron con los años, de una solución en el corto plazo por haberse convertido en propiedad de lo público.

Tanto la prensa como la radio y la televisión mexicanas se encargaron, durante muchos años, de describir, narrar y representar la evolución de los distintos sectores poblacionales en todas sus manifestaciones. Así, han participado de las modas, tendencias y actitudes que con el paso del tiempo se encargaron de modificar las formas de convivencia, valoraciones, necesidades y gustos que moldean los parámetros en que se desenvuelve el hacer cotidiano de la sociedad mexicana.

Pero, al mismo tiempo, se convirtieron en hacedores de opinión, en calificadores y ordenadores de las prioridades informativas. Las consecuencias al respecto, son innumerables.

Actualmente, cuando las ciudades han crecido al límite de lo sustentable en cuanto a educación, salud, seguridad, abastecimiento y otros servicios se refiere, y las comunidades alejadas de las urbes se han rezagado, es visible la ausencia de espacios y tiempos permanentes, dispuestos en los medios de comunicación, para la procuración de mejores niveles y estilos de vida.

Por supuesto, el trabajo realizado en empresas dedicadas a la comunicación a través de noticiarios y diversos programas de “contenido”, sin olvidar a las agencias o instituciones dedicadas al trabajo publicitario, propagandístico y de atención, es muy importante, pero no suficiente, en cuanto a la promoción de una verdadera Cultura de la Salud. Los factores que influyen en estas apreciaciones son diversos. Incluso de índole económica y política.

Sólo en años recientes se ha percibido una incidencia mayor de mensajes destinados a la promoción de la salud preventiva en diversos medios a través de campañas distribuidas a lo largo de varios meses.

Se ha señalado con insistencia, sobre todo en críticas humanistas y sociológicas, que los medios tienen un papel decisivo en la transformación de las sociedades.

Se supone que, en muchos casos, su influencia es mayor que la de la escuela, la familia y las interacciones personales. Sobre todo, si se toma en cuenta que la mayor parte de la población pasa importantes cantidades de tiempo en contacto con alguno de ellos.

Tal es el caso de la radio. A finales del siglo XX, por lo menos en el Distrito Federal, escuchaba radio el 71% de sus habitantes.⁸⁵ Según una encuesta realizada por Radio Educación, el 33.2% de los ciudadanos pasaba más de cinco horas escuchando las diversas modalidades de la programación radial.⁸⁶ Pero el 95% de la población total del país, pasaba sus ratos de ocio frente a la televisión.

La prensa, sin duda, ha sido uno medio de gran peso en la formación de opinión. Por su larga tradición informativa, es considerada como una fuente esencial en el trabajo periodístico, de investigación y de difusión de la cultura.

Sin embargo, la historia reciente nos ha dejado ver que aun cuando existe un gran interés por mantener en un nivel considerable los tirajes que diariamente se distribuyen a lo largo y ancho del país, y a pesar del creciente empuje que ésta ha tenido con la utilización de nuevas tecnologías (como la red INTERNET), es aún menor la población interesada en ella.

Efectivamente, el discurso de los medios tiene altas posibilidades de penetración y provocación, incluso de complicidad, con las estructuras sociales que así lo permiten al ser consumidoras cotidianas de sus mensajes.

El espacio mediático, así, es utilizado por los sectores público y privado para difundir todo tipo de mensajes que proponen, con sus contenidos, temas comunes de discusión y análisis.

⁸⁵ Encuesta de la Cámara de la Industria de la Radio y Televisión –CIRT–, para conocer a profundidad los diversos factores de mercado relacionados con la radio. México, 1992.

⁸⁶ (Hacia la reestructuración programática de Radio Educación”, documento, marzo de 1989).

Prácticamente, se habla, en ellos, de “lo que sea”. No obstante, aquello que orienta a la población sobre cómo mejorar sus condiciones y estilos de vida no tiene la misma presencia que lo más sensacionalista y espectacular transmitido o publicado cotidianamente.

Instituciones de suma importancia como la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Semarnat, el Cenapred, la Cruz Roja y diversas Organizaciones no Gubernamentales, entre otras, dedicadas en el mejor de los casos y ante la cada vez más importante necesidad de promover conductas de prevención y disminución de riesgos, a proponer conductas y estilos favorables de convivencia y autocuidado, mantienen sus campañas de prevención y mejoramiento de estilos y niveles de vida, al borde del casi desconocimiento, debido a la escasez de presencia en los medios de comunicación.

Campañas propias que no necesariamente requieren de espacios mediáticos masivos para su difusión, se pierden en un sinfín de condiciones que propician la desorientación o indiferencia de las grandes poblaciones.

Pero también se está en el reconocimiento de que los tiempos y espacios en los medios, cuando son utilizados para estos fines, resultan insuficientes para crear la movilidad de la población respecto a una adecuada autoprotección y procuración de bienestar.

Por lo tanto, el trabajo conjunto que pueda realizarse por ellas mismas y los medios de comunicación, resulta de suma importancia si el fin primero es, en realidad, dar paso a la existencia de una verdadera Cultura de Salud, que funcione más allá de los hacinamientos poblacionales, las malas condiciones climáticas, geográficas, de entendimiento o de cualquier otra índole, y todo lo que ello implique.

La convivencia de los medios con la sociedad se ha convertido en una relación fundamental de difusión de información; sin embargo, la mayor parte de los mensajes están encaminados al entretenimiento⁸⁷.

Así, se vuelven inapropiadas y subjetivas las opiniones generalizadoras que atribuyen, al conjunto de estas industrias culturales, la virtud de estar ampliando el horizonte informativo de las masas, porque habría que distinguir entre los medios, aquellos más comercializados, más dependientes del raiting y, por tanto, sólo reproductores de las inquietudes y el sentido común mayoritarios, de aquellos "preocupados" por expandir la información y representar las voces críticas.

La complejidad creciente de la vida moderna, al mismo tiempo que ha multiplicado y fragmentado las formas de experimentar la vida diaria, ha diversificado los contenidos y temas que necesitan ser comunicados.⁸⁸

Se pensaría, entonces, en la obvia necesidad de promover mejores condiciones de vida y convivencia haciendo uso de estos medios que, por su inmediatez y amplia cobertura, están en capacidad de plantear públicamente acciones que afectan extensos sectores

⁸⁷ Los resultados obtenidos del primer monitoreo realizado por **COMSALUD** México durante mayo de 1998, demostraron que de 57 horas de transmisión por televisión, distribuidas a lo largo de una semana, podían contarse sólo 380 minutos de transmisión de mensajes sobre salud y bienestar. El resto del tiempo era empleado para dar difusión a otro tipo de mensajes que tenían que ver con la "nota del día" y barras de entretenimiento de más de 15 horas diarias. De tal manera que, a lo largo de siete días, sólo eran transmitidos alrededor de 461 mensajes directamente relacionados con la promoción del autocuidado y prevención de enfermedades. La transmisión en radio corría con peor suerte (sólo 258 mensajes) y la prensa sólo utilizaba el .58% del papel impreso para darles difusión.

⁸⁸ La radio estatal y comercial se ha encargado de generar y adecuar una programación dirigida a audiencias y gustos cada vez más versátiles. Su discurso refleja la variedad de grupos y segmentación de espacios en términos generacionales, sectoriales y comunitarios; y se ha vuelto particularmente sensible a las manifestaciones culturales emergentes, como los movimientos ecológicos y las reivindicaciones femeninas, entre otras, en un grado todavía por debajo de las expectativas para una población en constante crecimiento.

poblacionales y proponer otras que inviten a la solución de conflictos de convivencia y enfermedad.

Por ello, es del interés de esta investigación, hacer evidente la importancia de los medios, especialmente de aquellos que se presentan como innovadores y propositivos, en la formación de criterios que puedan estar encaminados al fortalecimiento de una cultura de salud ampliamente difundida.

Creo necesario poner énfasis en los resultados obtenidos por **COMSALUD**, porque son ellos los que han dado sustento al principal cuestionamiento de este trabajo: Saber si existen planes y estrategias específicas, constantes y de calidad, para promover abiertamente la salud de los mexicanos.

Como se ha señalado a lo largo de este trabajo, la necesidad de información respecto a la salud y todo lo que tiene que ver con su cuidado y/o conservación es cada vez mayor.

Diariamente, las instituciones públicas y privadas que trabajan en la solución de problemas de salud/enfermedad se enfrentan a las más diversas situaciones que en todo caso, deberían ser solucionadas eficazmente.

Creo conveniente mencionar que la desorientación de las grandes poblaciones y la incapacidad de las instituciones para dar atención satisfactoria a problemáticas particulares, es una cuestión directamente relacionada con deficiencias educativas y a la falta de políticas y estrategias encaminadas al mejoramiento de la salud pública.

Obviamente, esto pone en entredicho nuestra capacidad para procurarnos una vida decorosa que rebase muy por encima de lo mínimo, las condiciones convenientes de salubridad.

En un medio tan complejo como lo son las grandes urbes, en este caso la de la Ciudad de México, donde las condiciones económicas y educativas han ocasionado marcadas divisiones poblacionales, es

conveniente pensar en estrategias ambiciosas y funcionales, que garanticen la conservación y el disfrute de estados saludables.

No es un asunto que solo concierna a nivel individual, sino a la vida económica del país. Insistir en este asunto no es una cuestión que deba tomarse a la ligera.

Los gobiernos, al margen de cualquier frontera política, saben que las condiciones sanitarias en que se desenvuelven sus poblaciones determinan, incluso, el tipo de relación más allá de sus territorios.

Cualquiera que sea el punto de vista por el cual se analice la conveniencia de procurar una mayor información respecto al cuidado de la salud, resulta evidente que la salud es una necesidad prioritaria y que es necesario mantener óptimas condiciones para todos los grupos poblacionales.

Desafortunadamente, no existe en nuestro país un eje rector consolidado que ofrezca posibilidades de autocuidado y prevención generalizadas.

Sin embargo, podemos reconocer que durante los últimos años se han manifestado grandes cambios en esta materia.

La presente investigación nos ha permitido observar que la cobertura realizada por las mismas instituciones no será suficiente en tanto la población reporte un crecimiento tan desordenado. Los medios utilizados para la promoción de estados saludables son insuficientes. Posiblemente, las estrategias no son las adecuadas, o no se dispone de los recursos necesarios para tales fines.

Esta no es una tarea que pueda cubrir en su totalidad una institución que debe atender la salud desde sus distintos niveles. Pero tampoco se trata de pasar por alto el hecho de que la difusión de información básica y prioritaria es insuficiente.

La cobertura mediática sobre salud, como se verá más adelante, sugiere el trabajo conjunto de todos los sectores involucrados. Incluso, de aquellos que, aparentemente, nada tienen que ver con el tema.

Hago referencia a los resultados obtenidos en el estudio **COMSALUD** capítulo México como un ejemplo esquemático del espacio otorgado en materia de salud por los medios de comunicación. Cabe señalar que desde entonces a la fecha, la situación para la salud en los medios de comunicación ha sufrido variantes. Sin embargo, nos enfocamos a citar la información obtenida como sugerente de la necesidad que subsiste por obtener más espacio para la difusión de mensajes relacionados con la prevención y el cuidado de la salud.⁸⁹

2.3 Promoción de la Salud.

Dado que la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico, como ya lo hemos mencionado, con frecuencia cada vez mayor se reconoce que la **promoción** es un elemento imprescindible para su mejoramiento.

Ante el creciente interés por la aplicación de políticas y estrategias directamente relacionadas con el trabajo en el campo de la **promoción**, es importante señalar que se trata de un proceso constante de capacitación que permite a las personas incrementar el control sobre las determinantes de su salud. Constituye un "...proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales,

⁸⁹ El proyecto trabajó con una muestra tomada del domingo 19 al sábado 25 de abril de 1998. La muestra se integró con materiales provenientes de dos periódicos, dos revistas, una radiodifusora y un canal de televisión. Los periódicos escogidos fueron Reforma y El Universal; las revistas Proceso y Vanidades; el canal fue el 2 de Televisa y en radio se trabajó con Radio Red, perteneciente, entonces, al Grupo Radio Centro, aunque con un servicio de noticias muy amplio manejado por la empresa Infored, ahora Grupo Monitor. Todos, medios de comunicación de gran impacto y cobertura a nivel nacional. **Ver anexo 2. Informe final Comsalud. Documento elaborado por la Dra. Delia Covi Druetta para la OPS. México, 1998**

ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.”⁹⁰

Desde 1986, cuando se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Ottawa, Canadá) y en la que se definió a la **promoción de la salud** como el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla⁹¹, se han realizado diversas reuniones internacionales sobre la importancia de implementar estrategias que involucren tanto al sector público como al privado y a los mismos individuos, en el mejoramiento de la salud. Prueba de ello es el resultado de la Cuarta Conferencia celebrada en Yakarta (Indonesia), en 1997, cuando se dieron a conocer los cinco puntos a seguir por los gobiernos en materia de promoción de la salud, en el siglo XXI:⁹²

- a) la elaboración de una política pública favorable a la salud,
- b) la creación de espacios, ámbitos y/o entornos propicios,
- c) el reforzamiento de la acción comunitaria,
- d) el desarrollo de las aptitudes personales y
- e) la reorientación de los servicios de salud.

Si bien, a finales de 1986, el entonces Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, Jake Epp hablaba de la promoción de la salud como un compromiso para lidiar con los retos de reducir inequidades, ampliar el

⁹⁰ Promoción de la Salud. **Glosario de la OMS**, 1996.

⁹¹ Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Consiste en proporcionar a los pueblos las medidas necesarias para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma; la salud se percibe, pues, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. **Carta de Ottawa, 1986**

⁹² Puntos dados a conocer, originalmente, en la **Carta de Ottawa**, en la que se planteó una estrategia de mediación entre la gente y sus ambientes cifrada en armonizar las decisiones personales con la responsabilidad social a fin de forjar un futuro saludable y en la que se advirtió que la promoción no debía limitarse a fomentar estilos de vida saludables sino que tendría que llegar hasta las condiciones fundamentales y los recursos para la salud: la paz, el albergue, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. (1986)

alcance de la prevención y ayudar a la gente a enfrentarse a sus circunstancias, suponiendo el fomento de la participación pública, el fortalecimiento de los servicios comunitarios y la coordinación de políticas públicas saludables, el énfasis mayor de los planteamientos acerca de la promoción de la salud radicaba en la creación de ambientes propicios que dieran a la población la capacidad de cuidarse y ofrecerse, entre sí, el apoyo necesario para resolver y manejar problemas colectivos de salud.

Desde esta perspectiva, la salud había dejado de ser medible estrictamente en términos de enfermedad y muerte. Se consideraba ya, abiertamente, como un estado que tanto los individuos como las comunidades tratan de alcanzar, mantener o recuperar, y no simplemente como el resultado de curar enfermedades y heridas. El mismo Ministro Epp la consideraba como “una fuerza básica y dinámica en nuestras vidas diarias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestros ambientes sociales, económicos y físicos.”⁹³

En años más recientes y según la concepción que se trabajó durante la década de los 80, el término promoción incluyó campos y enfoques diversos, aunque complementarios: “la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación de políticas, la organización, la participación de la población y la búsqueda de una reorientación de los servicios de salud.”⁹⁴

Tomándolos como base, la Organización Panamericana de la Salud formuló en octubre de 1991 un Programa Regional de Promoción de la Salud que comprometió a los estados miembros de esta Organización a establecer como prioridad la necesidad de instrumentar y afianzar la estrategia de promoción de la salud, a propiciar

⁹³ EPP, Jake. Achieving health for all: a framework for health promotion. Ottawa, Ministry of Health and Welfare. 1986, p.13

⁹⁴ Los lineamientos para Latinoamérica en materia de promoción se dieron a conocer durante la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, en el documento: **Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Cuadrienio 1991-1994**

actividades orientadas a inducir cambios de estilos de vida para proteger la salud de la población adulta y anciana y a favorecer la participación de un espectro cada vez más amplio de sectores sociales en el proceso de toma de decisiones. Y al mismo tiempo, a fortalecer las capacidades de los países en materia de comunicación e información.

De acuerdo con lo anterior, **El Plan de Acción para 1992-1995** (puesto en marcha por la Organización con el fin de aplicar esas determinaciones) estableció como meta principal “generar en los países miembros el desarrollo de acciones de promoción de la salud con participación y compromiso de los diferentes sectores sociales que comparten responsabilidades con el sector en el mejoramiento de la calidad de vida de la población,”⁹⁵ a través de dos estrategias básicas en materia de comunicación e información:

1. La movilización de recursos políticos, técnicos y financieros para aumentar el nivel de conciencia de la población respecto a la promoción de la salud e inducir cambios en los comportamientos individuales y colectivos conducentes a estilos de vida saludables.
2. El impulso de las estrategias y prioridades del programa mediante el desarrollo de su capacidad de cooperación técnica a los países en el uso de la comunicación social y el manejo de información.

Esto permitiría mejorar la situación latinoamericana en áreas tan importantes como la farmacodependencia, la salud de los ancianos, la salud mental, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, cancerosas, el tabaquismo, las muertes por accidentes y la ceguera.⁹⁶

⁹⁵ Op. Cit. p.7

⁹⁶ Obsérvese que el plan no contempló en ningún momento el mejoramiento de las condiciones de salud en cuanto a enfermedades transmisibles, desnutrición y dolencias materno-infantiles. Estos temas se consideran en otros programas de la OPS.

Investigaciones realizadas en diversos países, ofrecen pruebas convincentes de que la **promoción de la salud** surte efecto, debido a que las estrategias a emplear para este fin pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas o ambientales, determinantes de la salud.

Según la Declaración de Yakarta (documento de la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud), aun cuando esas condiciones sean consideradas como una importante fuente de información sobre lo que los sistemas de salud habrán de enfrentar en los próximos años, deberán establecerse como prioridades internacionales las que se mencionan en dicha Declaración:

1. **La promoción de una responsabilidad social por la salud:** Los sectores público y privado deben promover la salud siguiendo políticas y prácticas que eviten perjudicar la salud de terceros, que protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos, restrinjan la producción y comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos (como el tabaco y las armas), así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud; que protejan al ciudadano en el lugar de trabajo e incluyan evaluaciones de su efecto sobre la salud, enfocadas en la equidad, como parte integrante de la formulación de políticas.
2. **El aumento de inversiones en el desarrollo de la salud.** Porque actualmente, la inversión en salud es insuficiente y a menudo, ineficaz. El aumento en la inversión exige un enfoque verdaderamente multisectorial, que comprenda más recursos y la reorientación de los existentes, para fomentar el desarrollo humano y la calidad de vida. La inversión debe reflejar la satisfacción de las diversas necesidades, tanto de grupos como de individuos.
3. **La consolidación y ampliación de alianzas estratégicas en pro de la salud.** La promoción exige compartir conocimientos

especializados, aptitudes y recursos por parte de todos los sectores, tanto gubernamentales como de la sociedad en general, con responsabilidad, ética, entendimiento y respeto mutuos.

4. **La ampliación de la capacidad de las comunidades y el empoderamiento del individuo.** La promoción debe realizarse **por** y **con** la gente. Sin que se le **imponga** ni **se le dé**, porque debe ampliarse la capacidad de las personas para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades, para influir en los factores determinantes de la salud.

5. **La consolidación de la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.** Es y será preciso buscar mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial. Deben crearse incentivos para influir en las medidas tomadas por los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y el sector privado con el fin de asegurar la movilización de recursos para la promoción de la salud.

Si bien, los “ámbitos, espacios y/o entornos para la salud” son la base organizativa de la infraestructura para la promoción, es necesario crear nuevas y diversas redes para lograr una amplia colaboración intersectorial.

Esas redes deben proporcionarse asistencia en los ámbitos nacional e internacional y facilitar el intercambio de información sobre las estrategias que surten efecto en cada entorno o escenario.

Conviene, en su momento, alentar el adiestramiento y la práctica de los conocimientos en cada localidad, para apoyar las actividades de promoción de la salud. Es necesario, en todo caso, ampliar la documentación de experiencias de promoción de la salud por medio de investigaciones y

preparación de informes para mejorar la planificación, ejecución y evaluación de los proyectos puestos en marcha.

Como ya se ha mencionado, las condiciones socioeconómicas, políticas, culturales y demográficas son determinantes de la situación que habrán de enfrentar los sistemas de salud en los próximos años. Sin embargo, las tendencias actuales exigen que la **promoción** evolucione hacia políticas y prácticas eficientes y definitivas, capaces de satisfacer las necesidades de la población en su conjunto.

Lo cierto es que, con el tiempo, los enfoques comunicacionales en el terreno de la salud han respondido a diversos desarrollos conceptuales que, aún hoy, no parecen haber terminado de cristalizar adecuadamente. Esto ha llevado inevitablemente a polémicas, dispersión en los esfuerzos y a una importante deficiencia en los resultados.

Si bien el panorama es apenas alentador en cuanto a desarrollos y avances eficientes, las aproximaciones (fundamentalmente biológicas) al problema de la salud⁹⁷ parecen haber cambiado a enfoques de mayor amplitud social. Es decir, a la promoción de condiciones higiénicas y de mayor conciencia en cuanto a la prevención.

En otras palabras, a una visión macro en la que se contempla a la promoción de la salud como el portavoz de hábitos y estilos de vida. Y al mismo tiempo, a un ámbito mucho más político: buscando la concreción en pro de la eficiencia y la creación de orientaciones estratégicas que conduzcan a la disminución de riesgos a la salud pública.

De ahí, la razón de ser de las principales políticas de salud mundialmente adoptadas hasta la fecha:

1. el reconocimiento efectivo del derecho universal a la salud

⁹⁷ Hablo de campañas de vacunación, promoción de chequeos, exámenes periódicos y relación médico-paciente.

2. la alta prioridad para la atención primaria
3. la máxima prioridad para la salud y el desarrollo infantil
4. la participación del pueblo –individual y comunitariamente- en la planeación y operación de los programas de salud, especialmente a nivel local y
5. la promoción.

La expectativa es que de aplicarse adecuadamente, la situación de salud deberá verse transformada en los próximos años, bajo tres líneas paralelas de acción:

- a) el fomento de estilos de vida saludables
- b) la habilitación de la gente en el control sobre la prestación de servicios benéficos para su salud y
- c) la implantación de condiciones estructurales –de contexto socioeconómico, político y cultural así como de medio ambiente físico- que hagan posible la salud plena y efectiva para toda la población.

| Tabla 19. Líneas de acción | | |
|--|---|--|
| POLÍTICO | SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL | FÍSICO |
| <ul style="list-style-type: none"> • equidad • justicia • paz | <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación adecuada • Vivienda decorosa • Ingreso razonable • Educación básica | <ul style="list-style-type: none"> • Ecosistema saludable • Recursos sostenibles |

Según lo anterior, la visión de los organismos internacionales respecto a la salud de los pueblos se manifiesta en el sentido que adquiere el desarrollo para todos: integral y equitativo. Pero también, en la visión de la salud como un fin universal que no es alcanzable debido a condiciones estructurales desequilibradas y contraproducentes.

Diría, en este sentido, que el mejoramiento sustantivo del estado sanitario de la población no es independiente de las tendencias

globales y del subdesarrollo general en países como el nuestro y que, sin embargo, es indispensable la concreción de acciones programáticas que reduzcan y, en consecuencia, eliminen factores de riesgo para la salud pública.

Al respecto, la OPS estableció (1992) un Programa de Promoción de la Salud que se encargaría de establecer algunos lineamientos aplicables a Latinoamérica en la búsqueda de mejores condiciones sanitarias:

1. La colaboración en actividades nacionales encaminadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, accidentes y traumatismos, a través de:
 - a) la modificación de la conducta, con información sanitaria y comunicación social,
 - b) legislación,
 - c) política tributaria y
 - d) desarrollo de los recursos necesarios
2. Fomento de la acción **intersectorial** en los países, a fin de mejorar el desarrollo socioeconómico que comprende la educación, la nutrición, la vivienda, los ingresos, la participación social y otros elementos como factores esenciales para la producción y la mejora de la salud.⁹⁸

La Organización Panamericana de la Salud hace énfasis en lo desfavorable que resulta para las naciones el reducir su gasto público en actividades como salud y educación. Los rezagos se hacen mayúsculos y la evidencia de ello, son poblaciones afectadas con problemas sanitarios que en otras circunstancias no tendrían razón de ser.

La OMS y la OPS señalan cuatro posibles enfoques a tomar en cuenta sobre la promoción de la salud. El primero se refiere a las campañas generales de salud preventiva, tendientes a promover estilos

⁹⁸ OPS, 1992^a, p.3

de vida sanos y el desarrollo de condiciones de vida higiénicas. El segundo trata de las campañas y programas de salud preventiva pero en relación a temas, problemas y enfermedades específicas. El tercero se enfoca a la información sobre el tratamiento y posible curación de enfermedades específicas. Y el cuarto, al suministro de información para quienes padecen enfermedades, en cuanto a los centros de tratamiento y adquisición y uso de medicamentos.

Según lo mencionado, la atención debe concentrarse en la educación/prevención (evitar la enfermedad en sí previniendo los factores que la causan o que ayudan a agravarla) como la opción más viable para llevar a cabo la consolidación de los objetivos en materia de salud.

El informe de progreso sobre **Promoción de la Salud, Información Pública y Educación para la Salud** señala que la mayoría de los problemas principales de salud y muertes prematuras son prevenibles. Casi "3 millones de muertes anuales pueden evitarse con una mejor cobertura de la inmunización infantil. La terapia de rehidratación oral podría evitar muchas de las 3.2 millones de muertes anuales de niños a causa de enfermedades diarreicas. Más de medio millón de mujeres todavía mueren por problemas asociados con el embarazo. Alrededor del 40% de la población mundial todavía está expuesta a la malaria en unos 100 países. Todos estos problemas de salud son prevenibles por acciones que utilicen el conocimiento y la tecnología actuales... Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares son responsables anualmente por 12 millones de muertes, la mitad de las cuales podrían prevenirse."⁹⁹

Sin embargo, la información y el conocimiento no son suficientes para una vida saludable. El mayor reto operativo reside en desarrollar estrategias y aproximaciones que permitan salvar la brecha entre el conocimiento y el comportamiento para la salud; promover el desarrollo

⁹⁹ OMS. P.3

de políticas que apoyen a la salud y las condiciones de vida que permitan a la gente vivir vidas saludables y elegir saludablemente; dar a la gente la posibilidad de tener no solo el conocimiento sino las herramientas y la motivación para llevar una vida saludable.

La buena salud "... es uno de los recursos principales para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida."¹⁰⁰

Hablar, como ya lo hemos hecho, sobre la importancia de promover mejores estilos de vida que lleven a la creación de una verdadera **cultura de la salud**, contempla la necesidad de incidir en ámbitos como el económico y el político, por ser en ellos donde están latentes las posibilidades de proporcionar condiciones para un estado de bienestar constante y sólido.

Al mismo tiempo, busca observar las políticas sociales como determinantes en la aplicación de estrategias que hagan permanente la utilización de recursos y personal en pro de la salud y, reiterar que el trabajo individual hacia estilos de vida saludables depende también de la disposición de mecanismos que proporcionen a la población instrumentos suficientes y de los cuales pueda hacer uso.

De ahí la insistencia en que la diversidad de planes o estrategias vinculadas con la promoción y los medios utilizados para hacerlas llegar a la población en general, es una condicionante en el proceso mismo de la comunicación para la salud.

La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud – **Promoción de la salud hacia una mayor equidad** –celebrada en junio de 2000 en la Ciudad de México, puso de manifiesto precisamente, los adelantos logrados a nivel mundial en cuanto a la promoción de la

¹⁰⁰ Documento de Trabajo para el Coloquio sobre "Promoción de Salud y Calidad de vida: Estrategias Alternativas de Comunicación". Lima, julio de 1992, p.3

salud.¹⁰¹ Pero también dejó en claro que las demandas concretas de la población y los entornos exigen acciones efectivas.

En este caso, la “**Declaración Ministerial de México para la promoción de la salud: de las ideas a la acción**” comprometió a los estados Miembros de la OPS a fortalecer la planificación de actividades de **promoción** y a desempeñar una función de liderazgo para asegurarse de que todos los sectores gubernamentales y la sociedad civil, participen en la ejecución de actividades que fortalezcan y amplíen las asociaciones para este fin.

Al mismo tiempo, los comprometió a establecer o ampliar las redes nacionales de **promoción** según las circunstancias de cada país y a observar el trabajo de los organismos de las Naciones Unidas para hacerles recomendaciones en beneficio de los programas de desarrollo social.

Vale la pena hacer referencia a la Declaración de México, puesto que los compromisos adquiridos en ella nos conciernen y proporcionan elementos de evaluación y análisis sobre la situación que guarda nuestro esquema general de salud.

La situación que vivimos en este terreno exige tomar en cuenta la urgente necesidad de promover la salud como un recurso prioritario del desarrollo y poner en marcha estrategias que añadan valor a la eficacia de las políticas y a los programas y proyectos. Particularmente, de aquellos que intenten mejorar la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas.

No se trata solamente de proporcionar información, sino de hacerla efectiva promoviendo acciones y disponiendo recursos para la infraestructura, la investigación y la atención en todos sus niveles.

¹⁰¹ Esta conferencia agrupó a 100 países. Sus objetivos principales: renovar el compromiso de promover la salud de la población mundial, aumentar la colaboración intersectorial y mejorar la infraestructura para esta tarea. Promoción de la Salud en las Américas. **Informe Anual OPS**, 2001

La **promoción** constituye una línea estratégica para la prevención y control de enfermedades, pero además, es un elemento de primer orden a considerar por las instituciones de desarrollo social al constituir un factor que, en determinado momento, habrá de manifestar el resultado de los trabajos que se realicen en materia de políticas públicas de salud.

Podemos observar algunos datos importantes en esta materia: el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 ya establecía como una necesidad prioritaria crear los lineamientos básicos de la educación para la salud, la participación social y la comunicación educativa. La Secretaría de Salud pretendía aplicar los componentes principales de la promoción, a nivel poblacional.

Se trataba de cubrir seis líneas principales: salud familiar, salud integral del escolar, salud integral de los adolescentes, municipios saludables, ejercicios para el cuidado de la salud y desarrollo de contenidos educativos.

Para cada uno de ellos, se recomendaba una amplia participación de los servicios de salud en los niveles operativos, en alianza estratégica con instituciones y grupos interesados en la promoción de la salud.

Un punto clave era el de los municipios saludables,¹⁰² proyecto que prometió propiciar el liderazgo político local de los presidentes municipales y la participación organizada de la sociedad en la

¹⁰² Las modificaciones al artículo 115 constitucional, otorgaron atribuciones especiales a los municipios. En primer lugar, su reconocimiento como "orden de Gobierno" y no sólo como administrador. De tal forma, se consolidó su facultad reglamentaria para expedir y aprobar reglamentos, circulares y disposiciones administrativas, entre otras cuestiones. Con el reconocimiento del "asociacionismo municipal interestatal" se buscó mejorar la prestación de los servicios públicos, intercambiar experiencias y obtener apoyos y recursos mutuos. Por otro lado, se ampliaron sus facultades con respecto a la "planeación del desarrollo urbano", la hacienda pública y la subsidiaridad para aquellos municipios con menor desarrollo. En este marco, la descentralización permitiría a los municipios convertirse en generadores y articuladores de iniciativas de salud, estrategias y orquestadores de desarrollo humano sostenible con la participación ciudadana.

definición de prioridades, y la ejecución de programas locales que potencialmente podían generar nuevos enfoque hacia la promoción de la salud.

“Es competencia del gobierno municipal dotar de servicios públicos, procurando que tales servicios sean aquellos que la población requiere en forma inmediata para un modo digno de vida. Los servicios mínimos que debe atender el ayuntamiento, con el concurso de los Estados cuando así fuere necesario, son: agua potable, y alcantarillado, alumbrado público, limpia, mercados y centrales de abasto, panteones, rastros, calles, parque y jardines, seguridad pública y tránsito, así como aquellos servicios públicos que las legislaturas locales determinen según las condiciones territoriales y socioeconómicas y la capacidad administrativa y financiera de los municipios”¹⁰³

Al mismo tiempo se hablaba del establecimiento de Programas Sistemáticos de prevención y control de las principales enfermedades, con modelos de intervención capaces de combinar actividades sistemáticas realizadas por los servicios de salud y campañas limitadas con objetivos definidos de control de factores de riesgo o eliminación de agentes causantes de enfermedades específicas.

Al respecto, según información proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud, en 1996 se puso en marcha el proyecto “de corazón a corazón”, que integraba iniciativas del sector empresarial privado, la misma OPS y la Secretaría de Salud, con el que se realizó una importante campaña de comunicación social para la reducción del tabaquismo, el sedentarismo y la promoción de hábitos nutricionales saludables.

Con este proyecto se buscó la incorporación de nuestro país a la estrategia de escuelas saludables, orientada a transformar ambientes, condiciones y modos de vida.

¹⁰³ Artículo 115. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

En 1997, y en el marco de la descentralización institucional referida en “*los municipios saludables*”, la SSA estableció un nuevo modelo de prioridades en prevención y control de enfermedades, en el que se reforzó el carácter de normalización, seguimiento y evaluación del nivel federal combinado, precisamente, con la ejecución autónoma de los programas por los servicios estatales de salud.

Se definieron así, 10 programas sustantivos, de impacto directo en el estado de salud de grupos específicos de población: salud reproductiva, atención a la salud del niño, atención a la salud del adulto y del anciano; enfermedades transmitidas por vectores, zoonosis, micobacteriosis, cólera, urgencias epidemiológicas y desastres, VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, y adicciones.

Para cada uno de ellos se establecieron objetivos generales, componentes y estrategias, metas de impacto y actividades a desarrollar. Asimismo, se definieron dos líneas estratégicas (promoción de la salud e investigación en servicios de salud) como herramientas de refuerzo para los programas sustantivos y tres mecanismos de apoyo: vigilancia epidemiológica¹⁰⁴, información estadística y supervisión integral, los cuales en su momento, aportarían información sobre el desarrollo de los programas sustantivos.

¹⁰⁴ El sistema de vigilancia epidemiológica se perfeccionó e integró a las diferentes instituciones del sector público a partir de 1996, al poner en funcionamiento el sistema único de información para la vigilancia epidemiológica (SUIVE), que genera información sobre los servicios de salud en sus diferentes niveles técnico-administrativos, respaldada por un paquete automatizado (SUAVE) para la captura, concentración y análisis de la información obtenida. Por medio del SUAVE se notifican los casos nuevos de enfermedades, las 20 principales causas de enfermedad, los informes de control de unidades, el control de notificación semanal, catálogos, gráficos y mapas, todos por grupos de edad e institución. Existe un registro de la morbilidad cuya información procede de este Sistema y de los informes de egresos hospitalarios de las instituciones de salud. La información sobre la mortalidad se construye sobre la base del certificado de defunción, que es el instrumento legal obligatorio para la certificación de las muertes. Desde comienzos de 1998, todas las instituciones de salud del país comenzaron a aplicar la CIE-10 en sus registros estadísticos.

Según lo establecido por nuestra *Ley General de Salud*, la **promoción** tiene como objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Justamente, la *Carta de Ottawa* subraya que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y en todos los niveles de gobierno al considerar la toma de decisiones como un eje prioritario para la promoción.

El ejercicio de esta tarea, según la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, comprende para México, cuatro líneas prioritarias:

1. **Educación para la salud.** Con el objeto de fomentar en la población, el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas, accidentes y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.
Proporcionar los conocimientos necesarios sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente.
Orientar y capacitar a la población en materia de nutrición, salud mental, bucal, sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud y detección oportuna de enfermedades.¹⁰⁵
2. **Nutrición.** Con el fin de establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica; normar el desarrollo de los

¹⁰⁵ En su artículo 113, la **Ley General de Salud** establece que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del Sector Salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

programas y actividades de educación encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados; el establecimiento, operación y evaluación de servicios; promover investigaciones encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos...¹⁰⁶

3. **Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.** Se trata de que las autoridades competentes establezcan las normas, tomen las medidas y realicen las actividades tendientes a la protección de la salud humana ante los riesgos y daños dependientes de las condiciones del ambiente.
4. **Salud ocupacional y fomento sanitario.** Para procurar que el trabajo o las actividades, independientemente de su ámbito, se ajusten a las normas de protección de la salud tanto sanitarias como laborales.¹⁰⁷

De acuerdo con la versión preliminar del *Programa de Acción "Comunidades Saludables"*¹⁰⁸ de la Secretaría de Salud, la **promoción** resulta esencial para impulsar las políticas que buscan mejorar la situación de salud al incidir sobre determinantes socioeconómicos y en la democratización del sistema. Este es un elemento clave para fomentar la equidad y sensibilizar a la población.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* planteó la identificación y combate de los problemas que amenazan la salud integral, el fortalecimiento de las conductas que la benefician, la promoción de políticas públicas, el apoyo de la creación de entornos saludables y el reforzamiento del poder de las comunidades.

Por lo tanto, establecía la necesidad de democratizar la atención, crear las condiciones necesarias para que la población en su conjunto

¹⁰⁶ Artículo 115, **Ibidem.**

¹⁰⁷ Artículo 128 al 132, **idem.**

¹⁰⁸ Ver **Programa Nacional de Salud 2001-2006, Programa de Comunidades saludables.**

tenga acceso a buenos y mejores servicios y generar un mecanismo de respuestas a la demanda poblacional.

De esta forma, establecía cinco objetivos básicos: mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, abatir las desigualdades en salud, garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en el financiamiento para la salud y fortalecer el Sistema Nacional subrayando la importancia de modificar el papel de las instituciones públicas.

Las estrategias, en todo caso, se concretarían bajo cinco acciones:

1. Vincular a la salud con el Desarrollo Económico y Social partiendo de dos propósitos:
 - a. Que todo proyecto tome en consideración sus efectos sobre la salud para garantizar el diseño e implementación de políticas saludables.
 - b. Que las actividades sean multisectoriales para promover el crecimiento y distribución de la población, la educación, la alimentación, el agua potable, el saneamiento, la vivienda, el medio ambiente, la seguridad vial, pública, en el trabajo, la recreación y el deporte.
2. Reducir los rezagos en salud.
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición de prioridades.
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.

Las características que ahora definen los patrones de “enfermedad” en nuestro país, exigen más y mejores estrategias de información.

Los cambios en perfiles epidemiológicos y demográficos han originado el predominio de patologías no transmisibles y el rápido

envejecimiento de la estructura poblacional. Ambos hechos, resultan particularmente relevantes, porque tomándolos como base se lleva a cabo la planeación de las acciones del Sector Salud en materia de prevención y curación.

El resultado visible de la problemática sanitaria en nuestro país se refleja en la necesidad de estructurar planes y programas que contemplen en todo momento la disposición de recursos para campañas permanentes de comunicación social. Hacemos énfasis en el campo de la **promoción**, porque constituye un entorno integral de mejoramiento.

Esta tarea no se limita a tener exitosas jornadas de salud (que se celebran 3 veces al año e incluyen acciones de vacunación, suministro de antiparasitarios y de suplementos de vitamina A y otras) para disminuir en la medida de lo posible riesgos epidemiológicos. Se trata de fincar las bases que hagan de la circulación de información, una necesidad y un ejercicio continuo y permanente que involucre a tantos sectores como sea posible, al incidir directa o indirectamente en las variables de salud a nivel nacional.

Señalaría como un punto básico, la procuración educativa en este terreno. La educación en sus términos tanto formales como informales se convierte en un elemento clave para el éxito o el fracaso de tantas iniciativas que en apariencia sólo corresponderían al sector salud en su conjunto. De igual forma, ocupa un lugar fundamental la investigación en esta materia.

Quedan implícitos otros aspectos que seguramente serán tema de otras discusiones. Sin embargo, cabe mencionar que están directamente ligados a las estrategias mundiales de **promoción de la salud**.

Capítulo 3. Tecnologías de Comunicación.

A medida que la sociedad evoluciona, las necesidades cambian. En consecuencia, las herramientas que día a día se utilizan para su bienestar requieren transformaciones. Sin embargo, en su relación cotidiana con ellas, la adaptación del hombre es imprescindible.

La llegada del año 2000 trajo consigo una serie de expectativas que suponían cambios radicales en la forma de vida para todos los seres humanos. Por supuesto, contemplando muy de cerca las ventajas de tener a la mano los últimos avances tecnológicos y científicos.

En esa medida puede entenderse la necesidad primordial de mantener a poblaciones cada vez más grandes, oportunamente informadas como una tarea cotidiana de supervivencia. De ahí, la necesidad de ampliar y difundir mensajes a un mayor número de personas, en lugares distantes y en tiempos reducidos.

Bien sabemos de las enormes ventajas que a lo largo de los años, nos han proporcionado, para estos fines, medios de comunicación ahora tan comunes a nuestros sentidos que ya ni siquiera cuestionamos su trascendencia.

Sin embargo, enfrentarnos a las nuevas tendencias, avances y perfeccionamientos tecnológicos nos coloca en una situación estratégica para echar mano de las ventajas que estos procesos pueden ofrecernos.

En los últimos años, el uso de las llamadas Tecnologías de Información y Comunicación (radio, televisión, cine e internet) ha marcado notablemente el nuevo rumbo de las comunicaciones a nivel mundial.

Cabe destacar, especialmente, el explosivo desarrollo de la red internet, que debido a sus amplias posibilidades de alcance y distribución de informaciones en todo momento y a cualquier distancia, incluso en tiempo real, se ha convertido en una herramienta básica de comunicación.

Basta echar un vistazo a la rápida expansión de este medio, para darnos cuenta de las transformaciones en la manera de comunicarnos: de interaccionar con nuestros semejantes y con el medio que nos rodea.

Información que viaja a grandes velocidades sin importar husos horarios o culturas nos ha involucrado en ritmos de vida con un alto grado de dependencia a una red que lo abarca casi todo.

Posiblemente, nadie haya asegurado, en sus inicios (década de los 60 del siglo XX), que la red internet se convertiría en lo que conocemos actualmente.

Poco a poco ha quedado atrás la discusión sobre si la red de redes es o no un medio de comunicación. Hoy ocupa un sitio propio al lado de los medios tradicionales como un espacio e instrumento de comunicación que propaga mensajes similares, o idénticos, a los que suelen distribuirse por los medios convencionales.

Está en condiciones de difundir “contenidos que habitualmente no encuentran cabida en la televisión, la radio o la prensa industriales. Es un *medio de comunicación* pero además es un lugar o un conjunto de sitios que pueden ser visitados, creados o incluso modificados por sus usuarios. Y también es un *espacio social*... donde convergen las más diversas expresiones”.¹⁰⁹

“Si inicialmente hubo algunas dudas en cuanto a la utilidad de la red (se hablaba de pocas informaciones útiles, mucha anarquía y poca sistematización), actualmente ha desarrollado una dinámica propia que hace que los gobiernos, empresas, asociaciones, universidades, instituciones científicas y los propios medios clásicos ya no puedan estar ausentes en la red. Al mismo tiempo, buscadores cada vez más

¹⁰⁹ Trejo, Delarbre Raúl. Internet, la gran conversación. Comunicación tradicional y comunicación virtual en el universo de la red de redes.

sofisticados y exactos facilitan los medios necesarios para que el usuario pueda orientarse en una avalancha de datos".¹¹⁰

Sin embargo, esto plantea otra preocupación: definir si se trata de un nuevo medio de masas o de un medio de carácter individual y selectivo.

Si con la radio, los periódicos y la televisión alcanzamos, no hace muchos años, plena capacidad comunicativa entre las masas, con Internet es más fácil la consolidación de ésta en una sociedad de la información como la actual.¹¹¹

Al respecto, podemos rescatar algunos datos importantes:

"La primera descripción documentada acerca de las interacciones sociales que podrían ser propiciadas a través del networking (trabajo en red) está contenida en una serie de memorándums escritos por J.C.R. Licklider, del Massachusetts Institute of Technology, en agosto de 1962, en los cuales Licklider discute sobre su concepto de Galactic Network (Red Galáctica). Él concibió una red interconectada globalmente a través de la que cada uno pudiera acceder desde cualquier lugar a datos y programas. En esencia, el concepto era muy parecido a la Internet actual. Licklider fue el principal responsable del programa de investigación en ordenadores de la DARPA, desde octubre de 1962. Mientras trabajó en DARPA convenció a sus sucesores Ivan Sutherland, Bob Tylor y el investigador del MIT Lawrence G. Roberts de la importancia del concepto de trabajo en red."¹¹²

¹¹⁰ Schweigker, Gerhard. *La ruta crítica de la cibercultura mexicana*. En **Razón y Palabra**. Febrero-Abril, 2000.

<http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n17/17islasgtez.html>

¹¹¹ De acuerdo con palabras de Fernando Gutiérrez Cortés y Octavio Islas Carmona en su texto: Apuntes Académicos para una historia de Internet en México, las posibilidades de internet se incrementan al contar con el apoyo que el resto de los medios de comunicación no tienen: el de las instituciones educativas. Se diría entonces, que la participación del sector educativo en el desarrollo de Internet admite ser considerada como un auténtico parteaguas en la historia de los medios de difusión masiva.

¹¹² M. Leyner, Barry y otros. Una breve historia de internet (primera parte) <http://www.ati.es/DOCS/internet/histint/histint1.html#origenes> julio 24, 2004

3.1 Historia de Internet

Internet nació en Estados Unidos hace más de 30 años, como un proyecto militar dependiente de su Departamento de Defensa, llamado ARPA (Advanced Research Projects Agency)¹¹³, que relacionaba bases militares y oficinas gubernamentales, a partir de un proyecto llamado TCP/IP (Transmission Control Protocol-Internet Protocol) con el fin de garantizar la comunicación entre lugares alejados en caso de ataque nuclear.

En 1975, ARPANET comenzó a funcionar como red y base para unir centros de investigación militares y universidades.

Este proyecto estaba basado en un protocolo de intercambio de paquetes que dividía la información en partes y las enviaba una por una al ordenador de destino con un código de comprobación. Si el código de comprobación no era correcto, se solicitaba al ordenador de destino que devolviera los paquetes defectuosos.

La ventaja del sistema se encontraba en la fiabilidad de los datos, independientemente del camino empleado. La información llegaba incluso sin el funcionamiento de algunos nodos de la red, como si fueran destruidos parte de ellos, factor que influyó decisivamente para su adopción por parte del gobierno norteamericano.

Al mismo tiempo, permitía comprimir cada paquete para aumentar la capacidad de transmisión o encriptar su contenido para asegurar la confidencialidad de los datos.

¹¹³ ARPANET contaba con cuatro computadoras conectadas. Una en la Universidad de California en los Ángeles (UCLA), otra en el Instituto de Investigaciones de Stanford (SRI), una más en la Universidad de California de Santa Bárbara (UCSB) y otra en la Universidad de UTHA. En 1971, contaba ya con 11 nodos más y en 1972, con 40. En ese año se registró el primer mensaje enviado y recibido por correo electrónico. Tiempo después, con el envío del segundo mensaje, se estableció que este tipo de comunicación emplearía el signo @.

Estas virtudes garantizaron, con el tiempo, la supervivencia de protocolos desde las primeras pruebas realizadas en 1968 por el Laboratorio Nacional de Física del Reino Unido hasta nuestros días.¹¹⁴

En 1983, se adoptó el TCP/IP como estándar principal para todas las comunicaciones.

En 1990, ARPAnet fue desactivada y absorbió todas sus funciones Internet. De los cuatro nodos originales se pasó a 15 en 1971, a 37 en 1972, a 100 en 1985, a 500 en 1989 y a 25,000 en 1994. En enero de 1995 había 35,000 redes interconectadas, el número de servidores era de unos 4,800,000 y el número de usuarios se cifraba entre los 3 y los 30 millones.

Cuando ARPANET dejó de funcionar ya existían varios organismos encargados de Internet. En Europa existía el CERN (European High-Energy Particle Physics Lab). Dicho organismo crearía dos años más tarde al hoy conocido World Wide Web, para lo que empleó recursos como el HTML (Hypertext Markup Language), HTTP (Hypertext Transfer Protocol) y un programa cliente llamado Web Browser.¹¹⁵

¹¹⁴ El primer protocolo utilizado por ARPAnet fue el denominado NCP (Network Control Protocol), que se empleó en la red hasta 1982, año en el que se adoptó el protocolo TCP/IP procedente de los sistemas Unix que empezaban a ejercer un importante control dentro de ARPAnet.

¹¹⁵ Tim Berners Lee, quien dirigía la búsqueda de un sistema de almacenamiento y recuperación de datos, rescató entonces un proyecto llamado "Xanadú", proclamado por Ted Nelson, quien anunció el advenimiento del "hipertexto" como una fórmula para vincular todo el conocimiento humano. Berners Lee retomó la idea de Nelson de usar los "hipervínculos" y en 1989 presentó un trabajo titulado "El manejo de la información: una propuesta". Robert Caillau, quien cooperó en el proyecto, cuenta que en octubre de 1990 decidieron ponerle un nombre a este sistema y entonces lo llamaron World Wide Web o Telaraña Mundial. La nueva fórmula permitiría vincular la información en forma lógica y a través de las redes. El contenido se programaba mediante un lenguaje de hipertexto con 'etiquetas' que asignaban una función a cada parte del contenido. Y luego, un programa de computación, un intérprete, era capaz de leer esas etiquetas para desplegar la información. Ese intérprete sería conocido como "browser" o navegador.

Para 1999, había alrededor de 50 millones de servidores, con un número indeterminado de usuarios. A comienzos del año 2000 todo parecía indicar que la población ciberespacial rondaba los 300 millones de personas.

En enero de 1993, había 100 sitios WWW. Para enero de 1996, 90 mil.

Las funciones militares de un principio se separaron en una red propia llamada Milnet (1982) y se permitió el acceso a la red a todo aquel que lo requiriera, sin importar de qué país proviniera, siempre y cuando fuera para fines académicos o de investigación.

En 1993 se fundó Netscape, una compañía que lanzó al mercado un navegador con el cual Internet pasó de una fase escrita a una gráfica, lo que ayudó a popularizar esta tecnología.

Internet como ahora lo conocemos encierra una idea técnica clave: la de arquitectura abierta de trabajo en red, así como múltiples redes independientes, de diseño casi arbitrario. En una red de arquitectura abierta, las redes individuales pueden ser diseñadas y desarrolladas separadamente, donde cada una puede tener su propia y única interfaz. Cada red puede ser diseñada de acuerdo con su entorno específico y los requerimientos de los usuarios. No existen restricciones en los tipos de red que pueden ser incorporados ni tampoco en su ámbito geográfico.

Las conquistas del conocimiento alcanzadas durante los últimos veinte años, gracias a la investigación científica y el progreso tecnológico, no tienen precedente en la historia.

Según Sacristán, internet ganó popularidad a un ritmo mucho más salvaje que cualquier medio de comunicación en el pasado.

“Esta colección de redes constituye una fuente de recursos de información y conocimiento compartidos a escala mundial, pudiendo ser el sendero de comunicación que permita establecer la colaboración entre gran número de comunidades y grupos de interés por temas específicos, ubicados en cualquier parte del mundo.”¹¹⁶

En 1995, la Fundación Nacional de las Ciencias de Estados Unidos abandonó la función de Troncal de Internet, que a partir de entonces

¹¹⁶ “Mundo Internet 98”, p.23

quedó a cargo de grandes corporaciones. Cinco años después del estallido de la historia ciberespacial, ésta dejó de ser lineal para abarcar un amplio horizonte de temas casi tan grande como el de la realidad.

En aquel año, inició el despegue del comercio electrónico, el auge y la caída de la primera ola de prosperidad ciberespacial, el surgimiento de nuevos modelos de negocios y las fusiones empresariales. Y al mismo tiempo, la difusión de la información como un producto multimedia capaz de atravesar océanos en minutos o segundos.

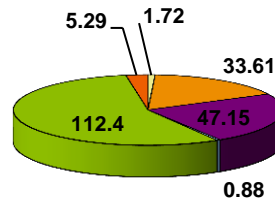
Algunos críticos de internet afirman que se trata de un medio elitista que ha introducido una nueva y profunda división social. Si bien las dificultades para incorporar a un mayor número de personas a esta forma de comunicación es todavía un reto a vencer, las cifras demuestran una clara tendencia al incremento de usuarios en tiempos considerablemente breves.

La conocida “brecha digital” entre los países de primer orden y todos aquellos que se consideran “en vías de desarrollo” ha obligado a los gobiernos a tomar serias decisiones en cuanto a la apertura tanto económica como política y tecnológica con el objeto de reducir las distancias informáticas y favorecer su participación en la llamada Sociedad de la Información.

Sin embargo, las desigualdades no se producen sólo en los equipamientos y en las posibilidades de acceso a internet, sino en los orígenes de la información, en la disponibilidad de contenidos y en las lenguas utilizadas en la red.

De acuerdo con NUA Internet Surveys, en septiembre de 1999 la población mundial que ya tenía acceso a internet apenas ascendía a 201 millones de personas. La mayor parte de esos usuarios, provenientes de sectores con altos niveles de escolaridad y posición económica.

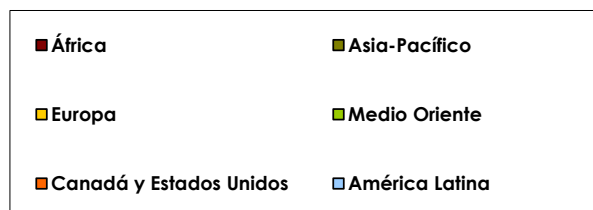
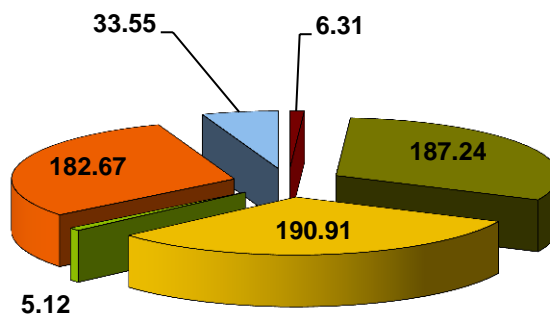
Gráfica 4



Sin embargo, en septiembre de 2002, las cifras habían cambiado de manera significativa y el número de usuarios ya era de 605.60 millones de personas.

A finales del mismo año, casi una de cada 10 personas en el mundo tenía acceso a Internet.

Gráfica 5



Mientras en los países industrializados la proporción de personas con ese acceso fue de siete de cada 25, en los países en desarrollo era de casi 1 de cada 25. Es decir, entre el 2000 y el 2002 el número de usuarios de Internet en el mundo en desarrollo se duplicó, al igual que en el mundo desarrollado.

Al respecto, la ONU asegura que los países en desarrollo continuarán experimentando un crecimiento más rápido de usuarios debido parcialmente a sus patrones poblacionales: poblaciones más jóvenes y mayor crecimiento demográfico.

Según la oficina para el desarrollo y el comercio (UNCTAD) de la misma Organización, en el caso de América Latina, el periodo comprendido entre el año 2001 y 2002, fue de gran importancia: tuvo un crecimiento del 35,5% en número de usuarios, un porcentaje menor al 48% del 2000-2001. Sin embargo, en número de usuarios, ello significó saltos grandes desde los 17,6 millones en el 2000 a 26,1 millones en el 2001 y a 35,4 millones en el 2002.

De acuerdo con especialistas, a lo largo del siglo XXI, no sólo seremos testigos de la incorporación de un mayor número de usuarios a la red de redes, sino que las tareas dentro de la web se diversificarán a tal grado que actividades como el teletrabajo, la tele enseñanza o la telemedicina se convertirán en actividades cotidianas. En otras palabras, se multiplicarán las actividades "a distancia" como resultado de la revolución de las telecomunicaciones, basada en los ordenadores, las transmisiones digitales y las autopistas de información basados en servicios como:

1. El Correo electrónico.
2. Los Foros de discusión. Estos centros de reunión suponen un avance importante en la calidad de las comunicaciones al complementar las cualidades del teléfono, los servicios de transferencia de ficheros e incluso el correo electrónico. La culminación de este proceso se refleja en la videoconferencia.

Los llamados grupos de discusión permiten mantener conversaciones e intercambiar información en cualquier tipo de fichero (gráficos, sonidos, video, simulaciones en 3D, etc.)

Existen más de 63 mil grupos diferentes de correo donde se habla de los más diversos temas.

3. La WWW, como una de los servicios más importantes, novedosos y potentes que se ha consolidado en la disposición de recursos a cualquier persona.
4. Los servicios de transferencia de ficheros (FTP)
5. Y las redes sociales.

Las opciones que ofrece internet, evidentemente son múltiples. Habría que seleccionar las más convenientes para los fines específicos que se persigan, lo cual significa una compleja labor en el afán de obtener informaciones diseñadas para áreas y objetivos específicos. En este caso, la salud.

Miguel de Moragas diría que si bien la introducción de nuevas tecnologías nunca ha generado directamente contenidos, sino la transmisión de los contenidos ya existentes, nos enfrentamos ahora a nuevas formas de acceso a esos contenidos. Por lo tanto, consideramos que el impacto de internet es definitivamente significativo en la manera que circulará y circula ya la información y en la forma que tendremos acceso a ella.

En este sentido, vale la pena aclarar que no se trata de buscar la información solamente en la red como alternativa única para ser partícipes de los nuevos tiempos, pero sí de establecer las prácticas de uso de la información dispuesta en medios como éste.

El mismo especialista considera que la era internet está dando lugar a la creación de una "gran memoria digital del mundo" o "gran centro de documentación mundial", accesible "online" formado por páginas, datos e imágenes digitalizadas y que esta "memoria del mundo" irá creciendo a un ritmo geométrico como consecuencia de una de las características básicas de la comunicación moderna: la

digitalización y la consiguiente posibilidad de almacenamiento y recuperación automática de la información.

3.1.2 Internet en México

Cuando internet llegó a México, las bases tecnológicas a nivel mundial se habían fortalecido a un grado insospechado.

Durante 1987, el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey se conectó a BITNET¹¹⁷ a través de líneas conmutadas por medio de una línea privada analógica de 4 hilos a 9600 bits por segundo. En 1989, se conectó a Internet a través de la Universidad de Texas, por la misma línea privada.

En ese año, la Universidad Nacional Autónoma de México se conectaba vía satélite a 56 kbps con el Centro Nacional de Investigación Atmosférica de Boulder, Colorado, convirtiéndose en el segundo nodo de internet en México.

Posteriormente, ambas instituciones se interconectaron usando líneas privadas analógicas de 9600 bps, velocidad que les permitió proveer correo electrónico, transferencia de archivos y acceso remoto.

Poco a poco se incorporaron a la red otras instituciones educativas como la Universidad de Chapingo, el Centro de Investigación de Química Aplicada de Saltillo y el Laboratorio Nacional de Informática Avanzada de Jalapa, a través de tres caminos:

¹¹⁷ La red internacional **Bitnet** fue creada en Estados Unidos en 1981, con el patrocinio de IBM, El objetivo inicial fue poner en contacto a las Universidades de Nueva York y Yale. Entre 1991 y 1992, esta red conectaba ya a unas 1,400 organizaciones en 49 países con el fin de intercambiar información electrónica no comercial (educación e investigación). Durante 1989 y 1993, se convirtió en la red académica computarizada más grande del mundo al ofrecer servicios como correo electrónico, transferencia de archivos, grupos de discusión y software, entre otros (En 1989, Bitnet se unió a la red de Computer + Science – CSNTE- y adoptó el nombre de Corporation for Research and Educational Networking . En 1993, la capacidad de su plataforma fue rebasada y su auge empezó a decaer. Sin embargo, la red sigue ofreciendo servicios importantes para el mejoramiento de la educación y la investigación.

- Acceso a Internet vía Tecnológico de Monterrey o UNAM
- Acceso a Internet vía universidades de Estados Unidos
- Acceso a Internet vía redes de información electrónica alternativas a Internet¹¹⁸

Para entonces, ya existía un organismo llamado RED-MEX, formado por la Academia y dirigido por una organización civil, ambas, encargadas de discutir las políticas, estatutos y procedimientos que habrían de regir el camino de la red de comunicación de datos en nuestro país.

Tiempo después nació MEXNET (enero de 1992)¹¹⁹, organismo que estableció una salida de 56 kbps al Backbone de Internet.

En la fundación de este organismo participaron instituciones como el Tecnológico de Monterrey, la Universidad de las Américas, ITESO, el Colegio de Postgraduados, la Universidad de Guanajuato, la Universidad Iberoamericana y la Universidad Veracruzana, entre otras.

Posteriormente, se incorporaron el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Panamericana y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Un año después, participaban en Mexnet, la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Puebla y el Instituto Tecnológico Autónomo de México.

1993 fue un año importante para el avance de la red internet en México: CONACYT se conectó a Internet mediante un enlace satelital al NCAR (Centro Nacional de Investigación Atmosférica) al igual que el ITAM. Por su parte, la UAM se presentaba como el primer NAP (Network Acces Point), al intercambiar tráfico entre dos redes distintas.

¹¹⁸ El rápido desarrollo de internet obligó a las instituciones educativas que se incorporaron a sistemas alternativos a incorporarse a la red de redes, que con el paso de los años atrajo el desarrollo de los mismos sistemas alternativos.

¹¹⁹ Mexnet nació en la Universidad de Guadalajara con la finalidad de coordinar los esfuerzos de las instituciones de educación superior que se encontraban interesadas en contribuir en el desarrollo de Internet en México.

Hasta entonces, el uso de internet en México se restringía a aplicaciones de carácter científico y de investigación. Los principales usuarios eran académicos e investigadores adscritos a las principales instituciones de educación superior o a institutos de investigación y, por lo general, especializados en las distintas áreas informáticas.

Entre 1989 y 1993, las universidades operaron como únicos proveedores de acceso a internet en México.

A finales de ese año, nuestro país ya contaba con algunas redes: MEXnet, Red UNAM, Red ITESM, RUTyC, BAJAnet, Red Total CONACYT y SIRACyT.

La red Tecnológica Nacional (RTN) fundada en 1994 con la participación de MEXnet y CONACYT, generó por vez primera para México, un enlace a 2 Mbps.

Tabla 20. La Red Nacional en 1994

- 44 instituciones bajo el dominio mx
- 5 empresas bajo el dominio com.mx
- 1 institución bajo el dominio gob.mx
- 150 direcciones IP asignadas en México: 50 clase B y 100 clase C
- 9 enlaces internacionales: 2 del ITESM, 2 de RTN, 2 de Red UNAM, 1 de CETyS, 1 de IT Mexicali y 1 de UABC

Fuente: Internet Society Capítulo México
<http://www.isocmex.org.mx/historia.html>

En el periodo comprendido entre 1994 y 1995 se creó un “backbone nacional”, al cual se incorporaron un mayor número de instituciones educativas, así como las primeras empresas mexicanas que optaron por definir alguna forma de acceso a internet.

La apertura comercial de internet en nuestro país dio paso a una nueva era para el desarrollo económico y para el propio desarrollo de internet a nivel nacional.

El 10 de octubre de 1995, conforme a información de NIC-México (Centro de Información de Redes que se encargaría de la Coordinación

y administración de los recursos de internet asignados al país, como la administración y delegación de los nombres de dominio bajo “.mx”), el número de dominios destinados a fines comerciales ascendió a 100, superando por primera vez al número de dominios “.mx” de instituciones educativas (85). El total de dominios “.mx” ascendía a un total de 211.

Simultáneamente, se trabajaba en la definición de estrategias de comunicación política que permitieran la conformación de un sitio WWW para el gobierno de la República,¹²⁰ lo cual finalmente, se convirtió en un proyecto de gran importancia para la evolución y el alcance de internet en nuestro país.¹²¹

Este proyecto se vio consolidado el 1º de septiembre de 1996, cuando empezó a operar el Sistema Internet de la Presidencia de la República y se publicó ya en su propio sitio web, el Segundo Informe de Gobierno del presidente Ernesto Zedillo.

Al establecer su sitio WWW, la Presidencia de la República despertó el interés de otras dependencias del sector público, las cuales finalmente emprendieron el desarrollo de sus respectivas páginas electrónicas.

De acuerdo con datos emitidos por NIC-México, en el mes de octubre de 1996 el número de dominios “.gob.mx” ascendió a 63. Tal cifra representó un incremento del 525 por ciento en el número de

¹²⁰ Hasta 1995, la difusión de las ventajas ofrecidas por la red de redes fue enormemente limitada. Podemos hablar, por ejemplo, del sector público: La mayor parte del personal que laboraba en la Dirección General de Comunicación Social de la Presidencia de la República realizaba sus labores ordinarias en viejas máquinas de escribir. En el sitio WWW del Consulado de México en Nueva York se difundieron en aquel año, algunos comunicados emitidos por el gobierno federal y se publicó el Primer Informe de Gobierno del presidente Ernesto Zedillo. Entonces, la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Dirección General de Comunicación Social de la Presidencia no disponían de sus respectivos sitios WWW.

¹²¹ Investigadores del Proyecto Internet del Tecnológico de Monterrey, campus Estado de México, dedicaron más de diez meses a la tarea de sensibilizar a funcionarios de la Dirección General de Comunicación Social de la Presidencia de la República –a cargo de Carlos Salomón Cámara- respecto a la importancia de definir estrategias de comunicación política para el gobierno de México a través de internet, y derivar de éstas el desarrollo de un sitio WWW para el gobierno federal.

dominios “.gob.mx” en el periodo comprendido entre diciembre de 1995 y octubre de 1996.

Sin embargo, según especialistas, el Sistema Internet de la Presidencia, subordinado a la Dirección de Publicaciones de la Dirección General de Comunicación Social, resultó incapaz de articular verdaderas estrategias de comunicación institucional para el gobierno de México a través de internet.

Se trataba de implementar un sistema de información eficaz y vanguardista que, si bien, durante la segunda mitad de la década de los 90 no llegó a consolidarse como tal, se convirtió en uno de los primeros proyectos con más amplias perspectivas para el sector informático, a mediano y largo plazo.

Ese año (1996) se registraron cerca de 17 enlaces E-1 contratados con Telmex para uso privado y se consolidaron los principales ISP (Proveedores de Servicios de Internet) ubicados en el territorio nacional.¹²²

Tabla 21. La Red Nacional en 1995

- Posición número 31 de acuerdo con el número de hosts registrados
- Segundo lugar en Latinoamérica después de Brasil
- Crecimiento del número de servidores WWW en un 160% entre 1994 y 1995

Fuente: Internet Society Capítulo México
<http://www.isocmex.org.mx/historia.html>

Tabla 22. La Red Nacional en 1996

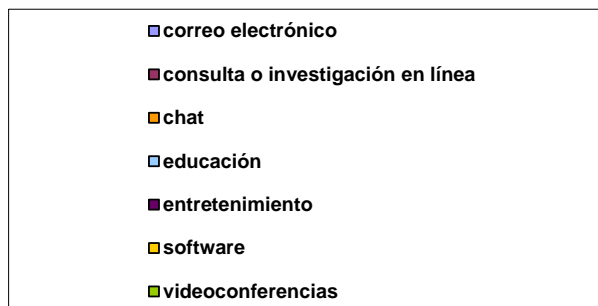
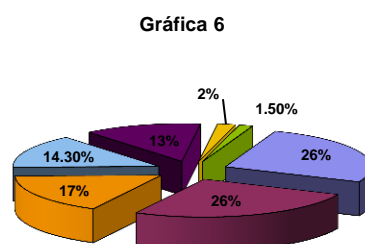
- 2,618 dominios .mx
- Nace la Sociedad Internet Capítulo México
- Se crea el Computer Emergency

¹²² En 1997, existían más de 150 ISP's ubicados en la Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Chihuahua, Tijuana, Puebla, Laredo, Saltillo y Oaxaca, entre otras.

| |
|--|
| Response Team de México |
| <ul style="list-style-type: none"> • 2% del total de hosts (16,000) ubicados bajo mx tienen en su nombre las letras WWW • Apertura para empresas de telecomunicaciones y concesiones de telefonía de larga distancia provoca un auge momentáneo en las conexiones a internet • Competencia de Avantel y Alestra AT&T con Telmex |
| <p>Fuente: Internet Society Capítulo México http://www.isocmex.org.mx/historia.html</p> |

Con el gran interés que despertó la red de redes en amplios sectores, inició una era de rápido crecimiento y expansión en las tecnologías y uso de internet y, se incorporaron al escenario temas como la democracia y el derecho a la información, en un medio que inevitablemente empezó a ser indispensable para los diversos actores de la vida nacional.

De acuerdo con Alejandro Acuña, Director de la Universidad Virtual del Tecnológico de Monterrey Campus Ciudad de México, el número de usuarios de internet creció un 233% en los últimos tres años y medio debido al aumento en las opciones de servicios como el correo



electrónico, la investigación, los chats, el entretenimiento, la educación, el software y las videoconferencias.

Según la Asociación Mexicana de la Industria Publicitaria y Comercial en Internet (AMIPCI), en el año 2001 había 7.4 millones de mexicanos conectados a la red, cifra que aumentó hasta casi 12.3

millones al cierre del 2003, debido a que los avances tecnológicos facilitaron el acceso a internet con mayor oferta de contenidos.

Sete de las más importantes instituciones educativas del país – Instituto Politécnico Nacional, Tecnológico de Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad de Guadalajara, Universidad de las Américas y la UNAM- se involucraron en el desarrollo de Internet 2, red informática que se destinaría a propósitos de investigación y difusión en el ámbito científico.

Para tal efecto, dichas instituciones formaron la Corporación Universitaria para el Desarrollo de Internet (CUDI) con la misión de “promover” y coordinar el desarrollo de redes de telecomunicaciones y cómputo enfocadas al desarrollo científico y educativo en México.

Sin embargo, cabe señalar que la principal fuente de ingresos en internet, ha sido la publicidad. En 1999, los recursos asignados a este ramo fueron de 18 millones 692 mil dólares, y a finales del 2003 subieron a 28 millones. Si bien los portales mexicanos buscaron nuevos anunciantes, la mayoría eran proveedores de tecnología que apoyaban el concepto. Después de algunos años, la cartera de clientes incluyó bancos, armadoras y empresas de productos de consumo.

Para Roberto Calleja, entonces director de Acceso de Terra, internet era un negocio maduro y se ubica como un canal complementario a las estrategias tradicionales de las empresas; es una herramienta de comunicación, trabajo, información y entretenimiento.

De acuerdo con lo anterior, incluso en países como el nuestro, la penetración de internet en las necesidades cotidianas de vida para los ciudadanos es cada vez mayor. Y es cada vez mayor el número de usuarios que se involucran con esta tecnología en relación directa con las amplias ventajas que ofrece.

Si consideramos que las tendencias nos llevan de la mano al uso pleno de la red de redes como instrumento de trabajo y como proveedor de información instantánea, valdría la pena señalar que ante

la oleada mundial, a México le hace falta dar algunos pasos en esta materia.

Según el índice de preparación electrónica elaborado por The Economist Intelligence Unit (EIU: www.eiu.com), y contrario a lo que podría esperarse, nuestro país pasó del lugar 30 al 31 en esta materia en el año 2003.

El estudio denominado The 2003 e-readiness rankings, realizado con el apoyo del Instituto para el Valor de los Negocios, de IBM (Institute for Business Value: www-1.ibm.com/services/bis/ibv.html) indica que México sufrió una reducción de los flujos de comercio e inversión desde Estados Unidos. De una calificación máxima de 10 puntos, la República alcanzó un 5.56 en promedio.

No cabe duda de los grandes avances estructurales que en materia de telecomunicaciones ha alcanzado nuestro país; sin embargo, las insuficiencias son persistentes e incluyen una inadecuada infraestructura, escasez de habilidades en tecnologías de información, desconfianza en los sistemas de compras y pagos electrónicos, y carencia de esquemas de financiamiento hacia los consumidores, sin dejar de considerar la ya mencionada brecha digital, lo cual ha representado un obstáculo de tamaño mayúsculo en las posibilidades que internet ofrece a corto plazo.

Tal vez uno de los mayores logros, según el mismo estudio, haya sido el que proporcionó económica y socialmente la expansión de negocios conocidos como "cibercafés",¹²³ que claramente ayudaron

¹²³ El estudio dado a conocer por The Economist, evalúa la situación de los países tomando en cuenta su ambiente de e-business y la apertura de su mercado a oportunidades basadas en internet. Los niveles se miden de acuerdo con los avances en infraestructura tecnológica, ambientes sociales, económicos y políticas favorables. En la clasificación presentada, los países escandinavos son líderes entre las economías industrializadas en el desarrollo de internet. Suecia se sitúa en la cabeza del estudio, con 8.67 puntos, Dinamarca está en segunda posición (8.45), los Países Bajos en tercer lugar (8.43 puntos) empatados con Estados Unidos y el Reino Unido. En quinto lugar Finlandia (8.38) y Noruega en sexto, con (8.28)

en la penetración de esta herramienta en los lugares menos favorecidos tanto tecnológica como económicamente a lo largo y ancho del país.

| Tabla 23. Índice de preparación electrónica/ Posicionamiento en América | | | |
|--|-------------|----------------|--------------------|
| 2003 | 2002 | País | Global 2003 |
| 1 | 1 | Estados Unidos | 3 |
| 2 | 2 | Canadá | 10 |
| 3 | 3 | Chile | 28 |
| 4 | 4 | México | 31 |
| 5 | 5 | Argentina | 35 |
| 6 | 6 | Brasil | 36 |
| 7 | 7 | Colombia | 37 |
| 8 | 8 | Venezuela | 38 |
| 9 | 9 | Perú | 41 |
| 10 | 10 | Ecuador | 50 |

Fuente: Economist Intelligence Unit, The 2003 e-readiness rankings (graphics.eiu.com/files/ad-pdfs/eReady_2003.pdf)

3.2 Tecnologías de Comunicación en la promoción, prevención y atención de la salud.

En este contexto cabe preguntarnos: ¿Cómo están impactando las llamadas Tecnologías de Comunicación a la promoción, prevención y atención de la salud?

Las expectativas son cada vez mayores y se ha establecido una competencia entre la disponibilidad de infraestructura, contenidos y recursos humanos capacitados para participar de las exigencias tecnológicas y la vanguardia científica en cuanto a salud.

Las innovaciones son continuas y es necesario tener en mente el amplio espectro de exigencias y opciones. Vale la pena echar un vistazo:

Las redes inalámbricas se han extendido como un medio para ofrecer una comunicación más precisa y cercana entre los actores del sistema de salud. Fácilmente se puede acceder a redes de Intranet

donde los expedientes digitalizados de los pacientes están a la disposición del médico en cualquier momento.

Un ejemplo de este sistema es el de la Unidad de Cirugía del Corazón del Hospital Infantil de Miami. Los médicos y enfermeras escriben sus notas en alguno de los dispositivos móviles (laptop, Tablet PC o PDA) y transmiten la información en tiempo real a un servidor. Esta información está permanentemente disponible para todo el personal autorizado.

La robótica y la realidad virtual han hecho posible la llamada cirugía de telepresencia. Cito textualmente un ejemplo publicado por Alejandro Blanca en la revista Cibersivo el 31 de marzo del año 2004:

“El 9 de septiembre de 2001, la empresa fabricante de robots Computer Motion, France Telecom. Y un equipo de destacados cirujanos reunidos en el proyecto Lindbergh hicieron posible la primera operación transatlántica a una paciente a quien se le extirpó la vesícula. Desde Nueva York, los cirujanos manipulaban los controles del robot que estaba en el quirófano con la paciente en Estrasburgo, Francia, a seis mil 250 Km. de distancia.

Todo el sistema estaba conectado a internet con cuatro líneas de alta velocidad. France Telecom utilizó el Concentrador de Acceso Multiservicio y Unidad de Terminación de Red (NTU), ACE-2002 de RAD Data Communications para hacer el enlace de las telecomunicaciones. La fibra óptica fue clave en esta operación. La paciente fue dada de alta del hospital 48 horas más tarde y en una semana estaba completamente restablecida. Con esta tecnología, el especialista controla con comandos de voz la cámara laparoscópica que se introduce al cuerpo de la persona y de hecho puede controlar todo el quirófano.

La conexión a internet permite mandar imágenes en tiempo real a algún consultor, un patólogo o transmitir la operación a un auditorio en cualquier parte del mundo para explicar lo que se está haciendo. La búsqueda permanente de los especialistas se enfoca en cómo reducir

el dolor, evitar infecciones y controlar hemorragias. Escáner, tomógrafos, pinzas que se manejan a control remoto, forman parte del instrumental quirúrgico.

El bisturí de agua es justamente uno de los más novedosos instrumentos: un chorro micrométrico lanzado a una presión cien veces superior a la presión atmosférica a nivel del mar actúa con más precisión que los rayos láser, con la ventaja de que no quema los bordes de la zona en la que se hace el corte”.

La realidad virtual por su parte, hace posible realizar intervenciones quirúrgicas tan precisas que los daños ocasionados son mínimos. Cabe señalar que las técnicas ampliamente difundidas como ecografías, escaneos y resonancias magnéticas ocupan un reconocido lugar en ese espectro ya mencionado.

Cito nuevamente a Alejandro Blanca: “El escáner Elscint permite observar de forma ampliada áreas del cerebro menores a 0.5 milímetros; con el sistema Imagen Vital se obtienen imágenes que son almacenadas en computadoras y se proyectan como hologramas; existe también una técnica denominada flying trough o viaje a través del cuerpo humano, y es usada para detectar hasta la menor anomalía”.

Las Tecnologías de Información y Comunicación han marcado un parteaguas en la forma de transmitir y observar la información.

Concretamente, la medicina se ha valido de ellas para desarrollar mejores métodos de diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y, al mismo tiempo, para llegar a un número mayor de personas a través de herramientas como la tele consulta y el entrenamiento virtual del personal de salud.

Las opciones son diversas. Basta mencionar que la evolución científico-tecnológica rebasa seguramente nuestra capacidad imaginativa. La medicina que ilustraba con libros y dibujos, hoy en día tiene una relación muy estrecha con la realidad virtual. Los médicos pueden realizar consultas e interconsultas en línea a centros de altas

tecnologías, consultar páginas web de laboratorios y recursos médicos, bases de datos y todo tipo de documentos materiales electrónicos.

La tecnología en este sentido, se convierte en una mediadora y se coloca en condición de establecer nuevos tipos de relaciones entre los mismos seres humanos.

Hablaremos de algunos detalles en los siguientes apartados. Nos concentramos en la relación tecnología-salud en México, para ilustrar la situación que ha prevalecido al respecto en el país.

3.2.1 Internet y salud

Ya en innumerables ocasiones se ha planteado a Internet como la red universal que permite a los ordenadores de cualquier parte del mundo comunicarse entre sí e intercambiar cualquier tipo de información, independientemente del formato en el que ésta se trabaje: textos, imágenes, sonidos o archivos transferibles de un ordenador a otro. Recientemente, hablamos de las posibilidades para establecer contacto inalámbrico vía dispositivos móviles

Ante necesidades como las que plantea el vivir en medio de fenómenos tan importantes como lo son el de la Sociedad de la información, la mundialización económica y las nuevas necesidades políticas, educativas, laborales o sanitarias, internet se ha convertido en protagonista de la transmisión de informaciones a nivel mundial.

El desarrollo tecnológico ha hecho posible que ese intercambio de información sea cada vez más rápido, variado y sencillo, lo cual está permitiendo que aumente el número de usuarios involucrados en los procesos virtuales de comunicación.

La mayor facilidad de acceso a las tecnologías de la información y de las comunicaciones, hace que la búsqueda de Información de Salud en Internet sea un fenómeno creciente.

Internet es un medio de comunicación cuyas características lo han convertido en una herramienta de grandes alcances, al permitir amplios márgenes de interactividad, la personalización de la relación con los usuarios, la facilidad de publicación de contenidos y la comodidad y simplicidad para modificarlos, transportarlos o compartirlos.

De acuerdo con apreciaciones de algunos especialistas, el objetivo más importante del desarrollo tecnológico debería ser el contribuir a elevar el nivel de vida de las personas, proporcionándoles información útil.

Así, herramientas como internet, utilizadas con un amplio sentido social, podrían convertirse en un instrumento eficaz para poner en marcha proyectos que beneficien a todos los sectores desde el punto de vista económico y social.

Según Carlos Guzmán, Director General de Hewlett Packard México hasta el año 2010, los beneficios derivados de las tecnologías de información radican en la intersección de tres vectores: el de la infraestructura de cómputo y comunicaciones, que habilita una interacción permanente con la red; el de los dispositivos de acceso a la información; y el de los servicios electrónicos, que proveen los datos y los satisfactores que cada usuario requiere.

“Por ejemplo, vía internet, se pueden proporcionar servicios de telemedicina a habitantes de zonas rurales en donde médicos pasantes o recién titulados se encontrarían atendiendo directamente a la población; recibiendo la asesoría de médicos experimentados que, ubicados en hospitales de zonas urbanas, podrían recibir toda la información del paciente y diagnosticar acerca de una enfermedad y su tratamiento, incluyendo información acerca de análisis clínicos, rayos x, ultrasonidos, etc.”

O, a través, de la gestión de un sistema hospitalario que haga “más eficiente y expedita la atención a pacientes de un hospital, elevando la calidad de los servicios proporcionados. Esta solución

ofrece además la posibilidad de crear un sistema de salud eficiente para atender a la población, cuando cada uno de los hospitales y clínicas del sector que utilizan estas aplicaciones, interactúan a través de una red de comunicaciones.¹²⁴

Datos del Plan Nacional de Desarrollo (2000-2006) indican que, aun cuando la tasa de crecimiento poblacional va en descenso, dentro de los siguientes seis años la población se incrementaría en diez millones de habitantes, por lo tanto, la demanda de servicios que presta el gobierno crecería de forma considerable, especialmente en educación y salud.

En otras palabras, las dificultades generadas por el crecimiento poblacional, exigirán el mejoramiento de la salud de los mexicanos, la atención de los enfermos y los servicios brindados por las mismas instituciones, en un tiempo reducido.

En este aspecto radica la importancia de los programas de convergencia digital entre tecnología de información y telecomunicaciones, que ya son ampliamente promovidos en otros países.

Estos programas, no siempre exitosos, buscan abatir la brecha digital y por supuesto, acercar la información a un mayor número de usuarios. No olvidemos que el uso social de internet se ha identificado con el paso de los medios masivos a los medios personalizados (self media).

Esta condición abre enormes perspectivas en la prevención de la salud y su promoción. Tales perspectivas se sitúan no solo en los programas de telemedicina, sino también en la posibilidad de que los pacientes se informen de manera personal sobre ciertos temas de salud que les conciernen como individuos.

¹²⁴ *Estrategias Digitales, para mejorar los servicios de salud en Política Digital. Innovación gubernamental.* Nexos. Número 3, abril-mayo 2002

Las ventajas de establecer redes de comunicación a través de aplicaciones vía internet representan pasos agigantados en la cobertura de las necesidades en esta era global.

De acuerdo con el punto de vista de Hewlett Pakard México, abrir las puertas a internet como una opción a las soluciones de salud, permitiría con mayores perspectivas:

1. Realizar una gestión simple e intuitiva de las solicitudes para tratamientos y diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos en un hospital, sobre la base de conceptos como: prioridad o tiempos de espera, permitiendo que esa información se ingrese directamente en el expediente clínico del paciente con la posibilidad de analizar y obtener información estadística en caso de ser requerida.
2. Administrar el almacén y controlar los suministros e inventarios, generar órdenes, autorizaciones, concursos públicos y toda la función de administración de inventarios.
3. Controlar la admisión hospitalaria: donde se maneja desde el proceso de alta hasta el de salida de cualquier paciente.
4. Mantener y administrar los expedientes clínicos de cada paciente, asignándole un número único para evitar duplicidades y hacer más eficiente el acceso a la información.
5. Manejar la información acerca de los cuidados de enfermería que personaliza la atención al paciente, permitiendo además desarrollar estándares de la práctica de enfermería y guías de aseguramiento de la calidad, suministrando la información precisa para un mejor cuidado del paciente.
6. Para el área de consultas externas una eficiente programación de citas. El paciente, así, puede registrarse vía internet.
7. Los médicos en cualquier área del hospital, desde su computadora, pueden ingresar y estructurar toda la información de sus pacientes. Así mismo, pueden solicitar y recibir diferentes servicios como estudios de laboratorio,

exploración radiológica, reportes de resultados, información histórica y estadística del paciente.

8. Planear los recursos humanos por turnos y actividades.
9. Registrar toda la información de urgencias desde que el paciente ingresa, el tipo de atención que recibió y la posibilidad de acceder y llenar otro tipo de documentos como judiciales o de aseguradoras.
10. Programar y dar seguimiento de la actividad quirúrgica en tiempo real incluyendo las etapas pre y post operatorias.

3.2.2 Sistema e-México

De acuerdo con lo anterior, y en el caso concreto de México se experimentó la implementación del que probablemente ha sido el más ambicioso proyecto informático después de la llegada de internet a nuestro país, por todo lo que ello implica: el programa de gobierno digital **e-méxico**.

Subrayamos su importancia debido a los objetivos y metas trazadas como su parte sustantiva. Bien sabemos de los rezagos existentes en materia de políticas e infraestructuras que han obstaculizado el desarrollo nacional en áreas tan importantes como las que ya mencionadas.

De tal forma, este programa se presentó como una oportunidad para que los diferentes sectores involucrados con el crecimiento y el desarrollo encontraran vías de comunicación con los usuarios de internet.

Según las propias instituciones participantes, se trataba de un proyecto con amplias perspectivas hacia un futuro en el que será necesaria una mayor cobertura de servicios básicos como educación, salud, economía, gobierno, ciencia, tecnología e industria. Para este efecto, estarían involucradas entidades y dependencias de los distintos niveles de gobierno, operadores de redes de telecomunicaciones y de

las cámaras y asociaciones vinculadas a las Tecnologías de Información y las Comunicaciones.

Si bien la brecha digital¹²⁵ es un problema que para sociedades como la nuestra no ha sido resuelto, el proyecto **e-méxico** fue considerado como una oportunidad para ofrecer esa cobertura y penetración tecnológica que exigen los tiempos de la era informática.

Pero, ¿qué es lo que ofrecía **e-méxico**? Según datos ofrecidos por este sistema, el eje principal era la **conectividad**. Un desenvolvimiento más allá de un proyecto de gobierno o de algunos sectores, que abarcara aspectos más amplios que la cobertura y la penetración de la tecnología, en el entendido de que lo más importante es el uso y aprovechamiento de la red mediante contenidos y servicios acordes a las necesidades de los mexicanos.

Este sistema nació el 15 de julio del 2002 con la firma del Convenio de Conectividad e-México que dio el primer paso a la intercomunicación de las grandes microrregiones del país. Entonces, quedaron establecidos los puntos básicos a seguir: convertirse en un agente de cambio al integrar el trabajo de diversos actores públicos y privados en la eliminación de la brecha digital y las diferencias socioeconómicas entre los mexicanos, a través de un sistema con componentes tecnológicos y sociales capaz de ofrecer servicios básicos como aprendizaje, salud, intercambio comercial y trámites de gobierno. Y, al mismo tiempo, en la punta de lanza para el desarrollo tecnológico de México.

¹²⁵ La división que existe entre quienes tienen acceso a la tecnología y los que no se ha convertido en un problema mundial de graves repercusiones al crear un nuevo tipo de segregación social y económica basada en la información. Mientras la gente que tiene acceso es cada día más sofisticada en términos de su involucramiento tecnológico (a través de agendas electrónicas, teléfonos celulares con acceso a internet, computadoras portátiles, etc.), la gente que no tiene acceso se está quedando atrás al estar menos informada, menos calificada en habilidades relacionadas con la tecnología. www.e-mexico.gob.mx

Tabla 24. organización del sistema e-méxico

Conectividad

1) A través de inversiones realizadas por operadores de redes de telecomunicaciones para incrementar la infraestructura y cobertura del servicio telefónico en los hogares mexicanos con el fin de tener 25 líneas por cada 100 habitantes en el 2006.*

*en el año 2000 se contabilizaban 12 líneas por cada 100 habitantes

2) Con la creación de una red de Centros Comunitarios Digitales para dar conectividad a las poblaciones que no cuentan con la infraestructura necesaria en telecomunicaciones.

Contenidos

1) e-aprendizaje. Para ofrecer nuevas opciones de acceso a la educación y capacitación, que estimulen el aprendizaje como un medio para el desarrollo integral de los mexicanos. Promover la educación para que sea accesible a cualquier persona, respetando su identidad y su entorno cultural.

2) e-salud. Con el objeto de elevar el nivel de bienestar de la sociedad, poner al alcance de toda la población información integral sobre salud, para contribuir al desarrollo humano y de las instituciones del sector.

3) e-economía. Para acelerar el proceso de desarrollo de la economía digital en las empresas, especialmente las micro, pequeñas y medianas, e incrementar la competitividad de la economía nacional. Y, por otra parte, desarrollar la cultura de digitalización de la sociedad (particularmente de los consumidores).

4) e-ciencia. Con el fin de integrar una sociedad de la información y el conocimiento que vincule el fortalecimiento de la industria con el sector de investigación hacia estándares de calidad de alta competitividad en el mercado global

5) e-gobierno. Para que todos los mexicanos en el ámbito federal, regional, estatal y municipal ejerzan su derecho a estar informados y accedan a los servicios que ofrece el Estado.

Sistemas

1) portal de portales. Con información organizada de acuerdo con los principales ejes de vida (hogar, auto, familia, impuestos, educación, salud y negocio), que sirva como orientación al ciudadano a través de los portales de e-gobierno, e-salud, e-aprendizaje, e-ciencia.

2) NAP(Punto Neutral de Acceso a Red). Centro donde se intercambiará el tráfico de las redes de datos de todos los operadores de redes públicas y privadas que se requieran, de

manera que se optimice el acceso a los contenidos de e-méxico.

3) Data Center (Centro de Cómputo de Gobierno). Con el equipamiento necesario para concentrar los sistemas de operación de e-méxico en sus primeros niveles de estructura de información y desde el cual podrá ligarse con el resto de los contenidos residentes en cada dependencia o entidad en particular, a través de recursos informáticos y de infraestructura computacional.

Fuente: www.e-mexico.gob.mx agosto, 2004

Los propósitos de este sistema se ofrecían como eminentemente sociales y se planteaban en tres puntos:

1. Promover la conectividad y generación de contenidos digitales vía internet, a precios accesibles para la población de bajos ingresos.
2. Capacitar en el uso de las nuevas tecnologías de la información y difusión del conocimiento a ese sector poblacional, con énfasis en su autosuficiencia para consultar y generar contenidos vía internet como apoyo a sus necesidades de educación, cultura, salud y desarrollo económico.
3. Poner a disposición de la población en general, la información referente a los servicios que prestan los gobiernos federales, estatales y municipales para que haya transparencia y equidad en los mismos.

Cabe mencionar que uno de los objetivos de este programa se concentraba en el interés de consolidar un alto contenido participativo. Por un lado, con el establecimiento de la infraestructura y diseño de contenidos en manos del gobierno (SCT) y por el otro, como herramienta de comunicación de bajo costo y accesible para la sociedad civil y la iniciativa privada. La idea era propiciar esta relación a través de un portal (ya en funcionamiento) que tenía como fin ser el medio por el cual el *Sistema Nacional e-méxico* articulara efectivamente los intereses de los diversos niveles de gobierno, entidades y dependencias públicas, operadores de redes, cámaras y

asociaciones vinculadas a las Tecnologías de Información y Comunicación e instituciones para ampliar la cobertura de servicios básicos.

Hablar de la incorporación de un sistema como éste¹²⁶ a través de herramientas comunicacionales cada vez más sofisticadas, y estrictamente en el caso de internet, implicaba necesariamente hablar de cambios importantes en la forma de concebir la realidad.

Nos referimos a una clara tendencia que con el tiempo resultaría en significativos cambios culturales, en formas distintas de "ver" tanto para las instituciones como para el ciudadano, en la implantación de prácticas distintas en todos los sectores productivos y de servicio.

Hoy en día, las iniciativas provienen de los más diversos sectores, con altas posibilidades de impacto y retroalimentación.

Todo esto implica una revolución a nivel mundial debido a los alcances que tales innovaciones generan, a partir de la forma en que proporcionan información y facilitan el acceso a ella.

En todo caso, para nuestro país resulta conveniente empatar sus alcances tecnológicos y de acceso y distribución de la información con el trabajo que otros países han desarrollado.

Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas entre 1997 y 2006, decía en los inicios del siglo XXI que la revolución digital ofrece a los países en desarrollo oportunidades antes desconocidas de crecimiento y desarrollo (...) los países que se rezaguen en la adopción de las innovaciones tecnológicas corren el peligro de verse marginados

¹²⁶ "El portal de e-mexico será el canal de comunicación que integre a través de una ventana única y de manera armónica las cuatro vertientes iniciales del Sistema Nacional e-México (e-Aprendizaje, e-Salud, e-Comercio y e-Gobierno), permitiendo también el acceso a los servicios provistos por las administraciones públicas federales, estatales y municipales. El portal se convertirá en un medio que fomente la participación ciudadana y mejore las relaciones estado-sociedad, sociedad-sociedad, sociedad-estado, de forma ágil, eficiente, transparente y segura abierta las 24 horas del día los 365 días del año." www.e-mexico.gob.mx

por otros países a los que las nuevas tecnologías han otorgado una ventaja competitiva.

Se dice que el portal e-méxico llegaría al 80% de los mexicanos a través del 20% de los servicios de más alto impacto. Así, la sociedad, se vería beneficiada con el acceso a la información y a los servicios de una manera más eficaz y con un creciente nivel de calidad y transparencia. Asimismo, con mejores probabilidades de respuesta.

Los objetivos planteados por este proyecto (y tomados textualmente del propio portal e-mexico) pueden dar una idea de los alcances proyectados en el uso de tales infraestructuras.

1. Sumar iniciativas y generar sinergias entre dependencias y organismos de la administración pública federal y organismos e instituciones privadas al permitir en forma dinámica la integración de contenidos, servicios y trámites que aporten valor al ciudadano.
2. Ofrecer conocimientos, oportunidades y servicios en materia de aprendizaje, salud, economía y gobierno al ciudadano para su desarrollo en sus propias comunidades y ser el promotor del acercamiento de los trámites e información del Estado.
3. Complementar los servicios tradicionales de correo y telégrafo con las tecnologías de información modernas para establecer una forma flexible de comunicación con el ciudadano.
4. Disminuir la intermediación al permitir la comunicación directa con las oficinas responsables de realizar los trámites y proveer los servicios.
5. Elaborar un sistema tecnológico y de contenido social que impacte en el desarrollo integral de la sociedad
6. Incorporar a las comunidades más remotas al desarrollo social aprovechando las nuevas tecnologías de telecomunicaciones e informática para hacer llegar servicios básicos de aprendizaje, salud, economía y gobierno.

7. Ser una ventana de México en el extranjero permitiendo mostrar la cultura y valores de nuestro país a todos los que deseen conocerlo.
8. Ser el vínculo que permita a los ciudadanos conectarse con portales de la Administración Pública, Institutos y Organismos Públicos y Privados.
9. Fomentar un gobierno basado en las tecnologías que permita la creación de oportunidades, elimine barreras y promueva la eficiencia.
10. Proporcionar la experiencia en implementaciones de proyectos de internet, para el óptimo desarrollo de un portal de acceso único a contenidos y servicios a través del portal de portales.
11. Proporcionar la consultoría basada en las mejores prácticas mundiales en servicios de Gobierno a través de Internet, que ayuden a ampliar la cobertura de servicios básicos del Gobierno a los ciudadanos.
12. Proporcionar la infraestructura tecnológica que sirva de marco de trabajo, para el desarrollo de servicios en Internet de una manera fácil, rápida y segura, que permita un crecimiento evolutivo de los servicios, desde un ambiente informativo hasta un entorno transaccional, combinando estándares abiertos con la interoperabilidad de las diferentes entidades de Gobierno.

3.2.3 Sistema e-Salud

De acuerdo con las interrogantes centrales de esta investigación, debemos observar el trabajo realizado en torno al sistema e-salud. Uno de los ejes del proyecto de gobierno digital mencionado anteriormente.

Este Sistema, a cargo de la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, Pemex, la Secretaría de la Defensa Nacional y organismos del sector privado propuso convertirse en una opción viable de información y actualidad con el fin de “elevar el nivel de bienestar y de la salud de la

sociedad, mediante la integración de un sistema tecnológico y de contenido social” al poner al alcance de toda la población mexicana información integral de salud, que contribuyera al desarrollo humano y de las instituciones del sector, y al eliminar barreras de acceso a la información y a los servicios.

Bajo este contexto se contemplaba dar prioridad a la atención de comunidades marginadas mediante un sistema telemático que pusiera al alcance de la sociedad información para contribuir al desarrollo humano con el apoyo de programas de capacitación y educación continua.

Se trataba, según lo anterior, de procurar el desarrollo de un sistema de intercomunicación entre los mexicanos que a través de sus redes llevara a los rincones más apartados, los avances de la medicina moderna.

Al mismo tiempo, planteó una meta muy interesante: construir una nueva forma de organización, administración y funcionamiento de los servicios de salud encaminados a proporcionar mejor atención.

Según su programa de acción, los esfuerzos debían encaminarse a consolidar dos proyectos. Por un lado, la telemedicina. Una herramienta diseñada para apoyar a los trabajadores de la salud de todos los niveles en las tareas cotidianas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, la sistematización de mejores servicios de salud y la continua capacitación del personal del sector. Por otro, el portal. Un proyecto que basaba su utilidad en la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la oferta de trámites gubernamentales.

Uno de los ejes establecidos tenía que ver directamente con la difusión de las políticas, los programas y las campañas institucionales, el fortalecimiento de un sistema de rendición de cuentas y la transparencia de la administración de los servicios sanitarios.

Cuadro 6. Acciones estratégicas del sistema e-salud

Crear sistemas de Telesalud en las instituciones del sector salud para intercomunicar al personal de los tres niveles de atención

Ofrecer a toda la población información de salud en línea, a través del portal e-salud

Reforzar las capacidades del personal mediante la capacitación y educación continua a distancia.

Modernizar los procesos de gestión y administración de servicios de salud, sustentadas en opciones telemáticas

Ajustar el marco jurídico y normativo en salud para respaldar y regular el uso de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones en el área de la salud.

Implantar el uso del Expediente Clínico Electrónico en los servicios de salud del sector.

Establecer criterios y estándares homogéneos de tecnologías de la información en el sector salud.

Reforzar la infraestructura de salud mediante la introducción de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones.

Asegurar los recursos financieros para la inversión y desarrollo operativo del Programa de Acción e-salud.

Realizar el control y seguimiento del Programa y la promoción y participación ciudadana.

Las acciones estaban planteadas como la creación de un sistema incluyente y participativo que involucrara a centros de investigación, hospitales privados, gobiernos estatales y organizaciones no gubernamentales con inversiones de alto beneficio e impacto social con el objeto de lograr importantes avances en la equidad y la calidad de los servicios a nivel nacional.

Cuadro 7. Servicios e-salud

Brindar acceso a información pertinente y oportuna de carácter general y especializada.

Funcionar como ventanilla única del Sector Salud para dar atención y servicio a la población en general.

Ofrecer servicios de educación continua y capacitación para los trabajadores de la salud.

Brindar soluciones a problemas cotidianos mediante el acceso a los contenidos y servicios existentes confiables y de mayor impacto conectando los sitios de diversas instituciones sin sustituirlos.

La transformación de la pirámide poblacional es, actualmente, uno de los principales factores que han alertado sobre la necesidad de un sistema altamente tecnologizado en telecomunicaciones para la cobertura de los servicios de salud.

Con toda certeza, según especialistas, el incremento en la demanda de servicios dificultará al límite de lo sustentable los recursos del Estado. Tal panorama, deja claro que los programas de convergencia digital entre tecnologías de información y telecomunicaciones en el sector salud pueden convertirse en una realidad con grandes resultados.

Un ejemplo notable de tales ventajas lo muestra el caso del hospital la Raza del IMSS: El Instituto autorizó la adquisición de equipos digitales para diversas áreas de atención al paciente. Específicamente en el área de tomografía, el hospital atendía regularmente a 40 pacientes al día. Con la llegada del nuevo equipo, en el mismo tiempo es capaz de atender a 120 pacientes. El nivel de precisión en el diagnóstico es del 95%, lo cual significa un menor número de errores médicos y la reducción del tiempo que los pacientes permanecen en el hospital.

Hasta mayo del 2002, la Secretaría de Salud contaba con alrededor de 90 millones de pesos para invertir en tecnología. Una de las estrategias para incrementar el rendimiento de esos recursos, fue justamente la instalación de alrededor de 2 mil computadoras que sustituyeron la compra y utilización de papel en consultorios y oficinas. Entonces, el director de Tecnología de la Información de la SS, Víctor Guerra, aseguraba que "lo primero que hay que hacer es dotar de infraestructura, lo que se justifica por sí mismo en tanto no existe". La segunda parte del plan es desarrollar el concepto de telesalud que "básicamente se refiere a compartir el conocimiento". Es decir, "que un médico pueda pedir ayuda, ver bibliotecas o enviar datos. Telesalud es

un concepto de comunicación, luego están los sistemas de apoyo o administrativos que permiten distribuir las medicinas".

Ya, el mismo año, la SS contaba con una red de voz y datos que intercomunicaba 34 unidades administrativas del nivel nacional, los 32 servicios estatales de salud y las 231 jurisdicciones sanitarias con servicios de datos, que permitían agilizar el intercambio de información.

En el ámbito de la capacitación y difusión a distancia, la SS en coordinación con el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa (ILCE) y mediante el uso de la red de telesecundarias de la Secretaría de Educación Pública, adiestró a 15,655 auxiliares de salud comunitarios de los Programas de Ampliación de Cobertura, Progresá y Estrategia de Extensión de Cobertura.

Bajo este esquema, el Programa IMSS-Solidaridad, dispuso de 157 equipos de cómputo a nivel central y de 1,369 en las 17 delegaciones estatales, distribuidos en diversas áreas administrativas, 69 hospitales rurales, 210 equipos zonales y 43 equipos regionales. Todos ellos, con un equipo básico compuesto de computadora, fax-modem, tarjeta de red y correo electrónico, lo cual permitiría en el corto plazo, desarrollar un mejor flujo de información en salud, apoyar el sistema de abasto, atender a la población en caso de desastres, impulsar la contraloría social y los proyectos productivos, implementar el ya mencionado expediente clínico electrónico¹²⁷ y realizar actividades de capacitación a distancia.

Insistimos en la construcción de un esquema capaz de mostrar la diversidad de instrumentos que pueden ser utilizados en el mejoramiento de las condiciones generales de vida partiendo de las aplicaciones tecnológicas, porque están relacionados directamente con la

¹²⁷ La aplicación del expediente clínico electrónico (ECE) es básica para el flujo de información en la atención médica a distancia, además de su uso con fines legales, de enseñanza, investigación, estadística y administración de servicios. Aun cuando su utilidad todavía es limitada, debido a la falta de una legislación que contemple las firmas electrónicas y los mecanismos de protección y confidencialidad de la información, el perfeccionamiento de este modelo ha iniciado el cambio del papel por la cultura digital.

efectividad y la calidad de los servicios. Hablar de internet, telemedicina y telesalud, de acuerdo con el sistema e-salud, debe ser un hecho cotidiano en los esquemas tanto local como nacional.

Cabe señalar que la **Telemedicina** como el empleo de tecnologías de la comunicación, cuyo objetivo es proporcionar servicios médicos a través de las distancias, a poblaciones remotas, donde es insuficiente o casi nula la atención en materia de salud,¹²⁸ ofrece ventajas trascendentales:

| Cuadro 8. Beneficios de la Telemedicina |
|---|
| Reducción de costos en el desplazamiento de pacientes y especialistas a cargo de consultas o sesiones informativas |
| Ahorro de recursos para hospitalización que se destinarían a pacientes que pueden ser tratados a distancia |
| En vez de ampliar las instalaciones de hospitales y clínicas, servicios ambulatorios de atención médica |
| Más oportunidades para obtener segundas opiniones sobre determinado caso, evitando costosas equivocaciones |
| Reducción del tiempo de espera en la atención al paciente |
| Mejora en el rendimiento de los especialistas: al ampliarse el alcance de sus servicios, pueden atender a más pacientes |
| Mejora sustantiva en la administración de la atención de la salud de la población |
| Mayor disponibilidad de especialistas y reducción de los gastos en capacitación de quienes atienden a los pacientes |
| Fuente: "e-salud. La convergencia digital se vuelca hacia los pacientes" Política Digital. Innovación gubernamental. Abril-mayo, 2002 |

Por su parte, la **telesalud** se presenta como un sistema computarizado que permite la transmisión y recepción de señales de audio, video y datos a través de medios de telecomunicación como satélites, fibra óptica, teléfono o internet.

¹²⁸ La Telemedicina se empleó por primera vez en 1924 y llegó a nuestro país 71 años después.

Se trata de un concepto que va mucho más allá de la atención médica a distancia o telemedicina, ya que incluye los elementos necesarios para brindar servicio a médicos, enfermeras, paramédicos y administrativos a través de cursos de capacitación, conferencias, diplomados y asesorías, entre otros.

Los principales detonadores para el desarrollo de la telemedicina fueron las actividades realizadas por la NASA (National Aeronautics and Space Administration) en las primeras misiones espaciales¹²⁹.

En principio, la telemedicina sustituyó el contacto cara a cara entre el paciente y el médico haciendo posible la atención del enfermo por médicos especialistas, sin importar la distancia que los separara y en tiempo real.

A través de software especializado y basada en videoconferencia, es posible intercambiar expedientes médicos electrónicos, acompañados de radiografías, fotografías clínicas, estudios de ultrasonido, tomografías computarizadas y cualquier estudio digitalizado, así como todo el historial de pacientes incluidos diagnósticos, prescripciones médicas anteriores, entre otros datos.

Estas aplicaciones ofrecen, en todo caso, agilizar y homogeneizar la capacitación dirigida al personal operativo y directivo, tanto para el manejo de las nuevas tecnologías como para la actualización continua en materia de atención y gerencia de servicios.

Así, los beneficios que éstas generan pueden traducirse en un sistema telemático de salud que amplíe la cobertura de atención, el mejoramiento en la calidad de la atención y en la posibilidad de proporcionar información comparativa sobre niveles de calidad entre servicios para estimular la competencia

¹²⁹ Se hizo necesario monitorear los signos vitales de los astronautas. Esto se logró mediante el diseño de equipo biomédico para tomar señales fisiológicas de los tripulantes y transmitir la información vía satélite.

En nuestro país, las primeras transmisiones de este tipo se realizaron en 1995 entre el Centro Médico Nacional y un hospital en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, como prueba piloto que durante 4 meses permitió la evaluación de la tecnología utilizada y el ajuste de los niveles de calidad de video, audio y equipo periférico y la comprobación de la relación costo-beneficio de esa inversión.

Desde entonces, el ISSSTE se posicionó como líder latinoamericano en esta materia y estructuró tiempo después, el **Programa Nacional de Telesalud**¹³⁰ que enlazaría unidades médicas distantes de la provincia con Hospitales Regionales que funcionan como Centros de Control Maestro (Mérida, Monterrey, Culiacán, Zapopan y Centro Médico Nacional Siglo XXI).

Cuadro 9. Programa Nacional de Telesalud

Sistema computarizado de transmisión y recepción de señales vía satélite para audio, video y datos, que involucra, además de la atención médica a distancia (telemedicina), elementos para brindar un servicio integral a los hospitales, médicos, enfermeras, paramédicos, administrativos y pacientes. Estos elementos son atención médica, consulta, radiología, segunda opción, conferencias, educación y enseñanza para la actualización médica continua, educación para la salud y administración de hospitales.

El objetivo del programa: desarrollar el sistema de enlace computarizado para la transmisión y recepción de información en materia de atención médica, enseñanza y administración vía satélite. Esto permite el intercambio de conocimientos entre las unidades de menor complejidad y las de alta especialidad, con el propósito de ampliar la cobertura de servicios y su capacidad resolutoria, logrando así optimizar los recursos asignados a los servicios de salud.

¹³⁰ Bajo este programa, durante el año 2002 se impartieron un total de 7,200 teleconsultas, 93 cursos monográficos y 3 diplomados con validez universitaria y 1,200 procesos administrativos. Actualmente se ofrecen servicios de telemedicina en unidades de rehabilitación social (cárceles y reclusorios) y de telehistocitopatología, en colaboración con universidades nacionales de Francia.

El establecimiento de esta red permitió la comunicación interactiva mediante un sistema de videoconferencia multimedia que incluye archivos clínicos tanto médico-médico como médico-paciente, facilitando de esta manera la atención de médicos especialistas en las unidades remotas, sin la necesidad de trasladar a los pacientes.

Es importante señalar que este programa inició sus trabajos con el apoyo de CODETEL, para el diseño, planeación, instalación y administración de la red.

Una vez completada la prueba piloto, se instaló en 1997, la **primera etapa**: Tuxtla Gutiérrez, Villahermosa, La Paz, Tampico, Veracruz, Hermosillo y Distrito Federal.

En 1998 se instaló la **segunda etapa**: Colima, Acapulco, Chihuahua, Oaxaca, Morelia, Monterrey y Durango.

Hasta finales del año 2000 se tenían contabilizadas mil 802 consultas brindadas por satélite a mil 411 pacientes. El estado que más solicitó el servicio fue Chiapas, seguido por Sonora.

En abril de 2001 fueron instaladas dos unidades más en Zapopan y León.

| Cuadro 10. Sistema de Telesalud ISSSTE-México |
|--|
| Cobertura potencial del Programa de Telesalud ISSSTE-México: 4.2 millones de pacientes y 52% de los derechohabientes |
| Reducción de traslados hospitalarios innecesarios a un 50.2% |
| Programa autofinanciable |

En los años 70, el IMSS creó un programa llamado COPLAMAR, el cual tenía por objeto crear enlaces entre los médicos rurales y las unidades de referencia por medio de radio enlaces telefónicos. Diez años después, y a partir del lanzamiento del satélite Morelos, se creó un programa llamado SEMESATEL, dependiente del Hospital Infantil de México.

Tabla 25. Aportaciones del Sistema de Telesalud

| Niveles de atención | Ofertas del Sistema |
|--|---|
| <p>Primer nivel. Otorga servicios integrales y continuos al individuo y la familia, mediante el estudio de la historia natural del proceso salud-enfermedad, con énfasis en servicios orientados a la prevención. Proporciona servicios curativos simples, rayos x y laboratorio clínico. Lo constituyen médicos familiares, enfermeras, personal de epidemiología y salud pública, odontólogos, promotores de la salud y personal auxiliar.</p> | <p>De acuerdo con las necesidades en cada nivel de atención, la zona geográfica y las condiciones específicas de cada unidad hospitalaria, la red tecnológica es distribuida y aplicada.</p> <p>El sistema cuenta con numerosas ofertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema especializado de Videoconferencias para telemedicina. ✓ Video interactivo ✓ Computadoras con sistema de videoconferencia ✓ Videoteléfonos ✓ Sistema de videoconferencia portátil o móvil ✓ Sistemas de Teleradiología ✓ Computadoras y estaciones de trabajo y visualizadores ✓ Sistemas de imagenología y comunicación ✓ Sistemas de conectividad ✓ Cámara de documentos ✓ Video laringoscopio ✓ Telecolposcopio ✓ Telecámara dental ✓ Teledermacopio ✓ Sistema de Telepatología con video microscopio ✓ Teleoftalmoscopio ✓ Estetoscopio electrónico ✓ Medidor de presión sanguínea ✓ Tele Escardiógrafo y Ultrasonido ✓ Sistema de Guarda y envío ✓ Tele EGGs |
| <p>Segundo nivel. Ofrecen el recurso cama para la observación o manejo de un paciente, áreas para la atención de partos, práctica de cirugías o procedimientos especializados, urgencias, laboratorio para estudios específicos, gabinetes de imagenología, unidades de cuidados intensivos y recursos necesarios para atender patologías que no pueden ser manejadas de forma ambulatoria como terapia y rehabilitación.</p> | <p>El sistema cuenta con numerosas ofertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema especializado de Videoconferencias para telemedicina. ✓ Video interactivo ✓ Computadoras con sistema de videoconferencia ✓ Videoteléfonos ✓ Sistema de videoconferencia portátil o móvil ✓ Sistemas de Teleradiología ✓ Computadoras y estaciones de trabajo y visualizadores ✓ Sistemas de imagenología y comunicación ✓ Sistemas de conectividad ✓ Cámara de documentos ✓ Video laringoscopio ✓ Telecolposcopio ✓ Telecámara dental ✓ Teledermacopio ✓ Sistema de Telepatología con video microscopio ✓ Teleoftalmoscopio ✓ Estetoscopio electrónico ✓ Medidor de presión sanguínea ✓ Tele Escardiógrafo y Ultrasonido ✓ Sistema de Guarda y envío ✓ Tele EGGs |
| <p>Tercer nivel. Red de hospitales de alta tecnología y especialidad facultados para una máxima resolución diagnóstica terapéutica. Atiende pacientes con padecimientos infrecuentes y de alta complejidad en su diagnóstico y tratamiento. Permite desarrollar paralelamente la investigación médico científica y la docencia.</p> | <p>El sistema cuenta con numerosas ofertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema especializado de Videoconferencias para telemedicina. ✓ Video interactivo ✓ Computadoras con sistema de videoconferencia ✓ Videoteléfonos ✓ Sistema de videoconferencia portátil o móvil ✓ Sistemas de Teleradiología ✓ Computadoras y estaciones de trabajo y visualizadores ✓ Sistemas de imagenología y comunicación ✓ Sistemas de conectividad ✓ Cámara de documentos ✓ Video laringoscopio ✓ Telecolposcopio ✓ Telecámara dental ✓ Teledermacopio ✓ Sistema de Telepatología con video microscopio ✓ Teleoftalmoscopio ✓ Estetoscopio electrónico ✓ Medidor de presión sanguínea ✓ Tele Escardiógrafo y Ultrasonido ✓ Sistema de Guarda y envío ✓ Tele EGGs |

Medios de transmisión de estos sistemas: teléfono, radioenlace, internet, satélite, fibra óptica, Internet II, Intranet.

Plataformas: Internet, Intranet, Redes de radioenlaces punto a punto (satélite o RDI), Redes de Radioenlace tipo estrella, Redes de Radioenlace punto multipunto

Fuente: Gómez González Amanda. Programa Nacional de Telesalud.

El uso de internet y de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en programas de salud, sin duda está

revolucionando al sector, ya que por primera vez, estas innovaciones tecnológicas han proporcionado a los ciudadanos la posibilidad de informarse por sí mismos.

Como parte sustancial de programas de orden nacional como éste, hoy en día los usuarios de esas tecnologías informáticas tienen la posibilidad de cambiar la relación médico-paciente haciéndola más dialógica, participativa e incluso permitiendo a los enfermos interpelar a los profesionales de la salud. Se trata de un camino en el que la comunicación vertical médico-paciente puede transformarse en formas más participativas.

Internet ha revolucionado el tipo de mensajes (muchas veces unidireccionales) que caracterizan a un buen número de campañas sobre temas de salud.

Consideramos que el diseño de campañas de prevención y promoción de la salud deben, hoy en día integrar recursos mediáticos tanto tradicionales (masivos) como nuevos (personalizados).

Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos insistido en la creciente importancia de la relación **salud y medios de comunicación**. Especialmente, en la relación que se ha establecido a partir de las llamadas **Tecnologías de Información**.

Si consideramos a la salud como un recurso para la vida cotidiana, según lo ya mencionado, estaremos en condiciones de entender que en un contexto como el actual, se requiere de toda la infraestructura posible para que los mensajes orientados a la salud tengan mayor alcance.

En una sociedad global donde interactúan toda una serie de factores que constantemente ponen en riesgo la salud tanto individual como colectiva, es importante el diseño y la coordinación de estrategias, planes, recursos y programas que simplifiquen la forma de asegurar estándares de bienestar.

Vivimos una época de cambios vertiginosos en todos los ámbitos de la actividad humana. Las transformaciones que se han experimentado durante los últimos 60 ó 70 años han marcado una pauta muy importante en el camino que habrán de seguir las sociedades del siglo XXI y las posteriores.

Si el siglo XX puso de manifiesto panoramas económicos, políticos, sociales y ambientales muy complejos, hoy en día estamos frente a escenarios que deberemos manejar con perspectivas mucho más elaboradas, con una visión bien definida de lo que necesitamos en el presente y de lo que habremos de procurar para el futuro.

La población mundial ha crecido al límite de lo inimaginable. Posiblemente, visualizar lo que eso significa nos lleve apenas a reflexionar sobre lo que habremos de presenciar en un futuro no muy lejano.

Hasta hoy, hemos sido parte de esquemas incapaces de prever los resultados que a corto, mediano y largo plazos se darán como

consecuencia de las acciones que hemos emprendido al modificar el entorno para garantizar nuestra supervivencia. Y al mismo tiempo, con frecuencia, incapaz de resolver las coyunturas más diversas.

Si bien el desarrollo de la ciencia y la tecnología nos ha dejado ver los alcances del estudio del medio, la explotación de los recursos y el intercambio de conocimientos, también nos ha demostrado que falta un largo camino en la consolidación de planes que articulen esas acciones en la búsqueda de un beneficio real para todos.

Estamos inmersos en un mapa mundial concentrado en la competencia económica, en la negociación política y en el impulso de sociedades cada vez más universales. Este horizonte se presenta, por lo tanto, desconsiderado para todos aquellos a quienes el desarrollo y el progreso han llegado más tarde, en relación con los sistemas de primer orden.

Hablar de salud en este caso, implica inmiscuirnos en un tema de gran impacto no sólo para aquellas sociedades que carecen de los recursos necesarios o de las políticas más eficientes, sino para la humanidad en su conjunto.

En los últimos años, hemos sido testigos de la facilidad con que pueden generarse problemas de salud a gran escala, lo cual ha puesto a prueba la disponibilidad de medidas, recursos y/o conocimientos para resolverlos.

Cuando fijamos la atención en sociedades como la nuestra, nos enfrentamos a una serie de visiones que por sí solas nos dan respuestas reveladoras.

Curiosamente, no se trata de contemplar las cifras generales para hacernos una idea de lo que se está trabajando en materia de salud, sino de observar el espacio que nos rodea.

Quizá ese sea el indicador que nos ha hecho cuestionar la situación que prevalece en un país como el nuestro, la forma en que se toman las decisiones respecto a la salud, cómo se utilizan los recursos y, en consecuencia, manifestar la urgencia de replantear las prioridades.

Queda claro que la salud es un asunto que debe resolverse cotidianamente. Por lo tanto, hacemos hincapié en la conveniencia de tomar las riendas en un asunto que atañe a todos los sectores sociales, gubernamentales y privados, con el objeto de hacer más eficientes los procedimientos, las infraestructuras y los recursos.

Hasta aquí podemos decir que la salud no implica sólo buscar soluciones a las emergencias. Se trata de buscar el camino más conveniente para evitarlas.

Debemos entender a la salud como un estado óptimo del cuerpo y de la mente que, sin embargo, se encuentra condicionado por innumerables factores. La economía, la política e incluso la situación del medio, determinan características esenciales de salud tanto individual como colectiva.

Cuando hablamos de salud y de una población que día con día crece en número, se complica la forma en que deben resolverse las necesidades. Tenemos grupos urbanos y rurales que por sus condiciones particulares demandan satisfactores diversos en tiempos reducidos y altamente eficaces. Es allí donde se inserta la importancia de la relación salud y medios de comunicación.

Si bien la situación general de salud depende de factores muy diversos, insistimos, las horas que estemos sentados frente a la televisión o la computadora, o el tiempo que nos tome leer el periódico o escuchar la radio, por ejemplo, nos habla de la trascendencia que implica el tener a la mano un medio de comunicación de fácil acceso.

Si somos más ambiciosos en este planteamiento, diríamos que contar con una computadora conectada a la red internet nos abre las puertas a posibilidades mucho más amplias.

En otras palabras, los medios de comunicación constituyen herramientas para generar y difundir información vinculada a la prevención de la salud como un recurso para mejorar las condiciones de vida.

Vivimos, definitivamente, en una época de comunicaciones aceleradas, de informaciones que deben ser observadas y de medios electrónicos que pueden ofrecer todo un universo de mensajes encaminados a trascender en la vida del ser humano.

A través de los medios transitan un sinnúmero de opciones de información, entretenimiento, servicios y productos que nos han convertido en usuarios y consumidores regulares de sus ofertas.

Salvo aquellas poblaciones que han experimentado un considerable retraso ante los embates tecnológicos, podemos decir que la relación medios de comunicación y sociedad ha creado un fuerte vínculo de dependencia.

Cuando nos referimos a los grandes temas que atañen a una nación en su conjunto, y que repercuten en la esfera de lo público, como la educación, la economía, la política o la salud, se enfatiza la necesidad de fortalecer la relación con los medios de comunicación con el afán de explotar el potencial que estos pueden ofrecer como herramientas al servicio de importantes causas sociales.

El trabajo que hemos realizado enfatiza esta relación de acuerdo con un punto de vista particular y específico: los medios de comunicación pueden contribuir activamente en la construcción de mejores esquemas de vida.

Según las tendencias de los últimos tiempos, hay un interés primordial por concientizar a los más diversos universos sociales de que la mejor alternativa para conservar la salud es el autocuidado: la prevención de las enfermedades y/o el autocontrol.

Llegar a una práctica real de esta propuesta implica toda una revolución en cuanto a la utilización de medios, educación y disposición de recursos.

Hablamos de un objetivo que tarde o temprano tendrá como consecuencia cambios encaminados a consolidar una nueva cultura: **La de la prevención como una forma de vida.**

La implementación de políticas y prácticas dirigidas a este fin, sin embargo, está enmarcada en un contexto que se manifiesta muchas veces hostil o lejano. Pero no hay duda de que, efectivamente, encaminar las acciones hacia una cultura de prevención ofrecerá, próximamente, mejores horizontes para la calidad de vida en todos los ámbitos.

Diversos escenarios han hecho a los organismos encargados de la salud, modificar su visión sobre la forma en que debemos entenderla y ponerla en práctica.

Si bien la OMS ha establecido pautas que comprometen a la mayoría de los gobiernos en la búsqueda de mejores sistemas sanitarios, los esfuerzos alcanzan apenas para universalizar la concepción de la salud como un recurso y un objetivo básico de vida.

En este sentido, se ha visto precisamente, la conveniencia de redireccionar los esfuerzos, haciendo uso de las herramientas que nos ofrece la vanguardia científica y tecnológica. Así, los beneficios pueden traducirse en un progreso significativo no solamente local, sino global.

Si bien, estamos presenciando una época de convergencias encaminadas a mejorar las condiciones de vida, es importante redoblar esfuerzos para evitar que las acciones y los beneficios sean sólo para ciertos grupos.

Desafortunadamente, el acceso real a estas herramientas está determinado por las condiciones que predominan en cada sociedad.

La persistencia de la llamada brecha digital ha permeado las relaciones entre países y las de los pueblos, organismos, empresas e instituciones al interior de cada país. Obviamente, las dificultades se hacen mayúsculas cuando nos referimos a países en desarrollo. México, es una prueba de que todo lo hecho hasta el momento es insuficiente si no resuelven casos concretos.

Nos referimos, en este sentido, a trabajar en la consolidación de esquemas que contemplen la óptima utilización de los recursos tanto humanos como financieros e infraestructuras que incluyan como parte

de sus metas a la totalidad de la población en bajo un régimen de salud vigoroso, eficiente y práctico. Se trata de reducir e incluso eliminar intereses particulares que obstaculizan en todo momento el desempeño de un sistema que podría cubrir y resolver grandes demandas. Y, al mismo tiempo, de promover prácticas encaminadas a la eliminación de ejercicios burocráticos y negligencias.

Si las ciudades altamente tecnificadas representan verdaderos problemas para las instituciones encargadas de la salud, hay poblaciones que lejos de tener a la mano los recursos necesarios que hagan más sencilla su vida, luchan todos los días por una supervivencia que apenas alcanza los mínimos estándares establecidos en un esquema nacional.

Las nuevas tecnologías, en todo caso, ofrecen ventajas que rebasan por mucho la capacidad convencional de cobertura y repetición de informaciones que son básicas para el desenvolvimiento de novedosos programas e intentos por hacer más fácil el acceso a la salud.

Las instituciones, tal como se presentan ante nosotros, se mantienen casi al margen de todas las posibilidades que pueden encontrar en herramientas que ahora se consideran básicas para ofrecer mejores servicios.

Si las vemos como una manera de solucionar los graves rezagos que enfrenta la sociedad en su conjunto, las nuevas tecnologías aplicadas a los medios de comunicación se vislumbran como una respuesta real para todos. Sin embargo, es justo decir que la utilización de esas tecnologías exige ciertos recursos e infraestructuras que hasta la fecha, por diversas razones, no ofrecen una cobertura total. Por lo tanto, su utilización se ve seriamente condicionada.

Pero, ¿a quién le corresponde hacer de las nuevas tecnologías un recurso al alcance de la mano?

En este trabajo insistimos en las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías, por dos razones básicas: velocidad y cobertura. Pero

tomamos en cuenta las condiciones prevalecientes para la sociedad en su conjunto, porque son ellas las que dan las respuestas más evidentes.

Es cierto que las estadísticas nacionales nos dejan ver avances impresionantes a lo largo de un siglo XX vertiginoso. Debemos considerar el fortalecimiento de un esquema que ha elevado la esperanza de vida al nacer, y que ha reducido las muertes por enfermedades del cuadro básico. Pero son las mismas estadísticas, las que nos dejan ver importantes rezagos en cuestiones que ya deberían estar superadas.

La educación, el esquema laboral-salarial, la disposición de recursos, la infraestructura y el sistema político, siguen marcando las pautas en la solución a los problemas de salud. Si subrayamos el papel del Estado como rector de las iniciativas de salud, como proveedor de las políticas necesarias para hacer eficientes los recursos, es porque efectivamente, su desempeño debe ser ambicioso e involucra una clara y certera observancia de los avances que tienen que ver con la unidad y coherencia hacia el futuro.

El Estado como interlocutor de los organismos internacionales encargados de marcar las pautas sobre el trabajo en materia de salud, es al mismo tiempo procurador de los incentivos necesarios para que prevalezca un estado óptimo de salud pública, que obedece un lugar de primer orden en los asuntos nacionales.

Al mismo tiempo, las instituciones encargadas de la salud requieren una visión y una vocación real de servicio, donde lo principal se traduzca en beneficios para la población.

Sabemos de innumerables esfuerzos por dotar al país de políticas que impulsen la participación en pro de la salud. Pero fortalecer el trabajo en áreas tan específicas como la atención de pacientes o la producción de campañas informativas, es de carácter fundamental para el funcionamiento del sistema en general.

Es notorio el incremento de informaciones que se hacen llegar a través de los prestadores de servicio e incluso de los medios de comunicación. Pero, queda claro que más allá de informaciones

temporales o permanentes sobre cuestiones básicas de salud, es necesario implementar la utilización de herramientas innovadoras que satisfagan las más diversas necesidades con la posibilidad de acortar tiempos y abaratar costos.

El tema queda abierto a cuestionamientos posteriores. Sin embargo, es importante resaltar la trascendencia de un tema como la salud y los alcances que puede tener la implementación de herramientas electrónicas de vanguardia en la búsqueda de una nueva concepción de lo que debe entenderse como salud y cultura de autocuidado.

Sintetizo un escenario con mayores posibilidades de la siguiente manera:

1. Las instituciones rectoras de la salud deben poner en práctica un ejercicio claro y concreto de sus funciones. De nada sirve asignar recursos, distribuir funciones, incentivar la investigación, simplificar las tareas administrativas o estructurar planes y estrategias, si no hay canales de difusión, árbitros que supervisen las funciones y las políticas en beneficio de los usuarios de los servicios de salud.
2. Posiblemente, la descentralización de los organismos constituya una vía para el mejoramiento de la atención y la solución de problemas concretos y locales; sin embargo, debe enmarcarse en un esquema general capaz de ofrecer tantas alternativas y respuestas eficientes como sea necesario. Si los organismos rectores fallan, seguramente el esquema cambiará sólo parcialmente y los esfuerzos se verán minimizados.
3. La salud debe ser vista como un recurso para la vida diaria. No se trata de un privilegio, sino de una necesidad que día con día se complica. Mientras los esfuerzos actuales se encaminen a resolver las emergencias y no a evitarlas, el esquema general de salud se verá fracturado con gastos y prácticas innecesarias.
4. La educación es básica. Los medios disponibles para garantizar la difusión oportuna de informaciones no se limitan a los propios

medios de comunicación, que por su naturaleza se concentran en ofrecer todo un universo de posibilidades a los más diversos intereses. La información debe garantizarse desde los ámbitos familiares y educativos formales.

5. Sin embargo, debe considerarse el papel de los medios de comunicación como fundamental en el conocimiento de la realidad. Los medios coexisten con las sociedades actuales. Son importantes actores y testigos de las coyunturas mundiales. Redireccionar, en todo caso, sus esquemas más allá de los usos comunes a los cuales nos hemos acostumbrado, podría convertirlos en herramientas regulares de difusión y aprendizaje.
6. Ante el crecimiento poblacional, abaratar costos es una de las preocupaciones fundamentales. El fin debe ser proporcionar servicios de salud oportunos a la mayoría o a la totalidad de las localidades. Las llamadas nuevas tecnologías aplicadas a los medios de comunicación, ofrecen esa posibilidad. El siguiente paso es crear la infraestructura necesaria para hacer llegar las innovaciones sanitarias y resolver los problemas emergentes.
7. Cabe enfatizar el papel que juega la red internet en este proceso fundamental debido a su momento coyuntural. Se trata de una puerta abierta a las más diversas ofertas informativas. Sin embargo, su atractivo se cristaliza cuando hablamos de ventajas que van más allá de lo que convencionalmente se puede ofrecer a través de medios tradicionales. Las posibilidades de comunicación en tiempo real resumen el gran impacto que este medio ha generado. No cabe duda de la utilidad que esta opción comunicacional ofrece. Señalaría, en todo caso, la necesidad de convertirla en una oportunidad real para todos.
8. Finalmente, internet constituye una fuente de información permanente, al alcance de los usuarios, que puede fortalecer la prevención de la salud. Este medio adecuadamente empleado,

es clave en el desarrollo de estrategias para el autocuidado y autocontrol de la salud de los ciudadanos.

Anexo 1

Proceso de la comunicación social en salud

Planeación de programas de comunicación en salud:

Los programas de comunicación social se planifican basándose en tres principios: investigación formativa, diseño de los programas y evaluación.

Aunque la planeación sigue un proceso sistemático estos tres elementos están estrechamente interrelacionados y se combinan en las diferentes Fases.

A. Evaluación de base (o investigación formativa)

La investigación formativa es el proceso a través del cual se determina el problema, su naturaleza y su dimensión. Igualmente, se definen los cambios que serán promovidos, la audiencia (situación, preferencias y necesidades), los mensajes, los métodos y los canales. El objetivo fundamental de la investigación formativa es definir el problema a profundidad y encontrar los elementos necesarios para la planeación de los programas. Existen varios métodos para llevar a cabo esta parte del proceso. Se presentan aquí una serie de pasos basados en el modelo PROCEDE (Green y Kreuter, 1991).

1. Determinar los problemas de mayor importancia para las comunidades, estudiando sus orígenes e impacto epidemiológico, social, físico, psicológico y económico en los individuos, las comunidades y el sistema. Esta evaluación de base debe ser llevado

a cabo mediante investigaciones con diseños experimentales apropiados de acuerdo al tipo del problema y los recursos disponibles.

Evaluación social:

- Situación social que general el problema
- Efectos del problema a nivel social

Evaluación epidemiológica:

- Persona, lugar y tiempo
- Prevalencia del problema y factores predisponentes
- Indicadores de salud

Evaluación conductual:

- Comportamientos que contribuyen al problema
- Efectos del problema en las conductas de los individuos

Evaluación medio ambiental:

- Factores externos al individuo (culturales, sociales, físicos)

2. Analizar los elementos de conductas individuales y factores medioambientales que son causa o factores de riesgo comunes para las principales enfermedades. Por ejemplo, el consumo de

tabaco y la polución ambiental son factores de riesgo para patologías tales como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La promoción de la salud no se enfoca entonces en la enfermedad cardiovascular o el cáncer en sí, sino en las conductas o los factores ambientales que representan riesgos para ambos problemas. Esto evita duplicidades y fortalece los esfuerzos, además de reducir el número de objetivos a un grupo relativamente pequeño de conductas y elementos del medio ambiente que ejercen gran influencia sobre los problemas de mayor importancia.¹³¹

Análisis de los factores determinantes del problema a nivel individual y del medio ambiente:

- Factores que predisponen a los individuos para asumir las conductas en consideración. Por ejemplo, la carencia de elementos para el manejo del estrés predispone al individuo para el consumo de tabaco y otras sustancias adictivas.
- Factores que permiten al individuo llevar a cabo el comportamiento (capacitantes). El bajo costo del cigarrillo y el poder económico de los individuos (ingreso disponible) son elementos capacitantes para el consumo del tabaco.
- Factores que refuerzan la conducta. Por ejemplo, la publicidad, la presión social y las normas culturales refuerzan el tabaquismo.
- Priorización: Establecer cuáles conductas y elementos del ambiente pueden influenciarse a través de las comunicaciones masivas e interpersonales. La priorización se hace con base en la importancia del problema y las posibilidades de cambio.
- Inventario de los recursos disponibles: programas, sistemas, canales, recursos físicos, personal y presupuesto.

B. Diseño del programa

El diseño de los programas sigue también un plan estructurado, basado en

a investigación formativa, y apoyado por ésta a través de todo el proceso

de planeación. Los pasos aquí sugeridos incluyen elementos de varios métodos usados en la comunicación social y la promoción de salud. (Bratch, 1990; Glanz y col., 1990; Rogers, 1983)

¹³¹ En términos de conductas individuales los principales problemas de salud pueden ser prevenidos a través del cambio en siete conductas básicas: higiene, nutrición adecuada, control de las adicciones (tabaco, alcohol y otras), ejercicio, conducta sexual, prevención de trauma y uso de los servicios de atención

1. Definición de los objetivos educativos (lo que se espera que la audiencia aprenda), de cambio (los cambios que se esperan de la audiencia) y de comunicación (cobertura y entrega de los mensajes). Los objetivos deben ser planteados en términos concisos que no den lugar a confusiones. Deben proponer acciones concretas y medibles, estipulando el tiempo y la dimensión del cambio esperado.
2. Definición y fragmentación de la audiencia. De acuerdo a la evaluación de base se determinan los grupos hacia los cuales deben dirigirse los mensajes.
3. Decisión de los puntos de partida basados en las necesidades de la audiencia:
 - Enfocar los mensajes en las actitudes, creencias y prácticas de las comunidades relacionadas con las conductas seleccionadas como de mayor influencia. Por ejemplo, los adolescentes deben ser persuadidos de que el tabaquismo no es símbolo de madurez.
 - Tomar en consideración el nivel de conocimiento que los individuos tengan sobre dichas conductas para evitar repeticiones innecesarias u omisiones. La mayoría de los adolescentes en ciertas comunidades conocen los efectos del cigarrillo y no es necesario repetírselos. Sin embargo, podrían carecer de elementos para rechazar la presión social.
 - Definir las estrategias más apropiadas para promover los cambios.
Por ejemplo, si la audiencia escogida son los individuos en el proceso de dejar de fumar, el apoyo social es uno de los factores fundamentales¹³²
4. Precisión de la idea central de los mensajes. Los mensajes deben ser claros, cortos y simples. Cada mensaje debe tener un solo objetivo. La adición de elementos que no corresponden a la idea principal distrae la atención de la audiencia.
5. Elaboración y prueba de los mensajes. La elaboración de los mensajes requiere creatividad, pero no es ésta su única característica. Los mensajes deben ser probados antes de lanzarse.
Estas pruebas se hacen tomando en cuenta la opinión de

¹³² Las estrategias se refieren a la manera como se va a promover el cambio. Estas estrategias pueden ser centradas en el individuo, en pequeños grupos o en comunidades enteras. Así mismo, pueden incluir comunicaciones interpersonales, masivas o simplemente métodos de reflexión.

técnicos expertos y la opinión de grupos seleccionados de la audiencia sobre el contenido y la presentación. La prueba de materiales incluye la evaluación de su atracción, comprensión, aceptación, identificación / involucramiento de la audiencia y persuasión.

6. Determinación de los canales de comunicación más apropiados: redes comunitarias, escuelas, radio, televisión, prensa, boletines, volantes, mensajes electrónicos, consejeros, personal de salud,
7. Selección de las horas y lugares adecuados para la presentación de los mensajes. Es preferible presentar pocos mensajes (o tal vez cortos) en lugares o espacios de tiempo que lleguen a la audiencia deseada antes que muchos mensajes (o tal vez largos) en lugares o espacios que no llegan a los grupos. Con frecuencia los espacios donados por organizaciones o instituciones colaboradoras o los medios de comunicación masiva no son adecuados para llegar a la audiencia deseada.

C. Planificación del presupuesto

La planificación del presupuesto debe ser un proceso cuidadoso, determinando prioridades y teniendo en cuenta las circunstancias en las que se desarrolla cada proyecto. No existe una forma particular de desarrollar todos los proyectos, pero se sugieren aquí principios básicos. En la planeación del presupuesto de los programas de promoción de la salud se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

1. Definición del personal. Debe especificarse claramente el nivel profesional y las habilidades requeridas de cada uno de las personas. Esto define el nivel salarial. Las funciones de cada empleado deben estar claramente especificadas, el nivel de ejecución esperado fijado con anticipación, así como el tiempo requerido para cumplir cada una de las funciones. Es frecuente subestimar el tiempo necesario para realizar ciertas actividades. El tiempo asignado debe ser de acuerdo a la complejidad de la acción.
2. Gastos de producción: Los gastos de producción- dependen del método a ser usado, la estrategia, los canales y la cobertura deseada. Frecuentemente la contratación de agencias especializadas para la producción de los mensajes resulta ser más efectiva y reduce costos de personal.
3. Gastos de distribución: Los mensajes o instrumentos de comunicación (volantes, folletos, etc.) deben alcanzar a toda la población a la que se dirige el programa. Para esto es necesario planear cuidadosamente la estrategia de distribución y presupuestar sus costos. La distribución es un elemento crítico para el éxito de los programas.

4. Gastos' de oficina: Deben tomarse en cuenta elementos de funcionamiento ordinario tales como libros, adquisición de datos, copias, impresión de cuestionarios, teléfono, correo, etc.
5. Costos de evaluación: La evaluación de los programas debe presupuestarse cuidadosamente. Frecuentemente se subestima el tiempo y el esfuerzo requerido para la evaluación. Los costos de evaluación empiezan en las etapas iniciales de planeación del programa y se continúan durante su ejecución. La evaluación del impacto debe tenerse en cuenta desde un principio y con frecuencia es el paso final de un programa y da comienzo a nuevas iniciativas.
6. Viáticos.
7. Costos indirectos (costos de funcionamiento institucionales).
8. Presupuesto donado por la institución u otras instituciones. Es muy importante tener en cuenta los aportes de la institución cuyos costos no son cubiertos por el programa, así como los aportes voluntarios para la evaluación de costo/efectividad y la reproducción de los programas. Desde la planeación del programa el presupuesto debe tener en cuenta los ajustes que serán necesarios en el futuro debido a los incrementos salariales, la inflación y la devaluación de la moneda.

D. Evaluación.

Todo programa o mensaje debe ser evaluado para asegurar que sea ética y estéticamente apropiado. Igualmente, deben evaluarse la excepción, comprensión y reacción que presente la audiencia. La evaluación es importante no solo cuando se logran los objetivos planeados sino también cuando estos no se logran.

La evaluación de los programas de comunicación en salud incluye tres pasos: evaluación de base (investigación formativa), monitoreo del proceso y evaluación del impacto. La investigación formativa o de base descrita anteriormente antecede al diseño de los programas y se continúa con la evaluación del proceso y del impacto (Rossi y Freeman, 1989; Windsorycol., 1984)

Algunas estrategias de evaluación **son:**

- Archivos y sistemas de recolección de datos
 - Encuestas con la comunidad y con los participantes:
 - Líderes de opinión
 - Grupos de enfoque
 - Encuestas seleccionadas
 - Observación directa
 - Evaluadores externos
 - Auditorías internas
1. La evaluación o investigación formativa determina las necesidades de la audiencia, los canales y la estructura de los mensajes. Asimismo, verifica que los mensajes sean adecuados y los ajusta

de acuerdo con la audiencia y la opinión de los expertos. Esta fase fue descrita en la sección anterior.

2. La evaluación del proceso asegura el desarrollo del programa de acuerdo al plan original y revisa su calidad y cobertura. La evaluación del proceso responde a tres preguntas fundamentales:

- ¿Qué ha hecho el programa?
- ¿Qué tan bien lo ha hecho?
- ¿Qué y cómo debió haberse **hecho**?

3. Los principales elementos a evaluar son la calidad de los productos o procedimientos, la cobertura de los programas y los mensajes, y su replicabilidad o posibilidad de ser ampliados, generalizados o producidos en otros lugares o dirigidos a problemas diferentes. La evaluación del impacto analiza los objetivos logrados y los no agrados. Asimismo, verifica los cambios obtenidos y estudia los costos de acuerdo con los logros (costo-efectividad). La evaluación del impacto debe tener en cuenta el cambio obtenido, la situación interior al programa, el desarrollo de programas simultáneos por parte de otros organismos y la posibilidad de que el impacto logrado se deba a procesos independientes del programa desarrollados (Cook and Campbell, 1979)*

* Los programas pueden haber coincidido con otros programas, con un proceso de maduración de la audiencia o con otros cambios independientes. Es necesario determinar si el impacto es debido exclusivamente a la intervención o si se logró por una combinación de elementos, algunos de los cuales podrían no haber sido planteados

Anexo 2

PROYECTO COMSALUD - MÉXICO
Coordinación de Ciencias de la Comunicación,
Facultad de Ciencias Políticas y sociales,
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Coordinadora: DRA. DELIA CROVI DRUETTA

Ayudantes de investigación:

Erika Argueta Enríquez
Ivonne García Sabag
Dayna Meré Vega
Judith Santiago
María Esther Serrano

MENSAJES BÁSICOS PARA LA VIDA

Informe final

El proyecto COMSALUD, capítulo México, trabajó con una muestra tomada del domingo 19 de abril al sábado 25 de abril de 1998. La muestra se integró con materiales provenientes de dos periódicos, dos revistas, una radiodifusora y un canal de televisión. Los periódicos escogidos fueron Reforma y El Universal; las revistas Proceso y Vanidades; el canal fue el 2 de Televisa y la emisora de radio fue Radio RED, perteneciente al Grupo Radio Centro, aunque con un sector de noticias muy amplio manejado por la empresa Infored.

En todos los medios se trabajó primero detectando los mensajes sobre salud que aparecen en las muestras tomadas, para proceder en un segundo momento, a identificar aquellos que corresponde a MENSAJES BASICOS PARA LA VIDA, según los indicadores establecidos en el protocolo.

Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos, los presentaremos primero separados según el medio del cual se trate, formulando al final algunas reflexiones comparativas y de carácter global del conjunto de la muestra.

1. PRENSA

1.1. PERIÓDICOS

Se tomó la decisión de escoger los periódicos REFORMA y EL UNIVERSAL debido a que una evaluación previa demostró que actualmente son los que alcanzan a un número de población mayor y más plural.

El tiraje del Reforma es de 104,325 ejemplares cada día, mientras que los de El Universal son 170,000. Cabe aclarar que existen otros periódicos (Excélsior, 200,000 ejemplares; La Prensa, 172,000) que aparentemente tienen un mayor tiraje, sin embargo fueron descartados porque mientras en el caso de Excélsior no es posible verificar con precisión su tiraje, La Prensa privilegia la nota roja (o sea, noticias policiales) o los deportes más comercializados. Comsalud México consideró, por estas razones, que estos periódicos no reflejaban las condiciones especificadas en el protocolo de investigación.

El periódico Reforma es de formato grande, también conocido como sábana y está compuesto por varias secciones temáticas, además de las generales incluidas en un diario de sus características, como son nacionales, internacionales, deportes, cultura e información sobre la capital del país. Las secciones temáticas son: Gente, referida a espectáculos; Buena mesa, con recetas y noticias sobre alimentos; Modas; Interface, dedicada a telecomunicaciones y computación; Sociales; Negocios y anuncios clasificados. Estas secciones van variando según los días de la semana.

Reforma es un periódico relativamente nuevo, que rápidamente ocupó un lugar destacado en la preferencia de sus lectores. Esto creemos que se debe a varias razones: i) su venta comenzó con una campaña muy fuerte de oposición a los sistemas de distribución de diarios en el país que le impedían ofrecerlos en ciertos días feriados, esta campaña fue exitosa y actualmente el periódico se vende todos los días del año; ii) su formato, con una diagramación moderna y ágil, que incluye el uso del color; iii) pero por sobre todo, lo que le ha dado un lugar destacado en los receptores son contenidos que no sólo incluyen temas muy polémicos, primicias, un buen número de encuestas de opinión, sino que Reforma cuenta con un importante departamento de investigaciones que avala las noticias que difunde.

El Universal es un periódico de gran tradición en México, con muchos años de existencia que ha pasado por diferentes momentos algunos más exitosos que otros. A lo largo de su historia se ha caracterizado por contar con una completa sección de Anuncios clasificados, lo que hace que la gente lo busque mucho para conseguir en esos anuncios los productos, servicios o empleos que está requiriendo.

Hace relativamente poco tiempo, El Universal se renovó buscando recuperar o quizá sólo afianzar un lugar entre sus lectores. Para ello contrató nuevos columnistas, algunos de ellos polémicos, lo que aparentemente ha dado resultados positivos para la empresa en cuanto a los objetivos que perseguía.

1.2 REVISTAS PROCESO Y VANIDADES

Comsalud México, después de efectuar un análisis de las revistas de mayor circulación a partir de los parámetros establecidos en el protocolo de la investigación, decidió incorporar a la muestra a las revistas Proceso y Vanidades.

Proceso es la revista de carácter político de mayor influencia en la sociedad mexicana. Sale una vez a la semana y cuenta con un tiraje de 6,174, lo que significa 24,696 revista al mes, una cifra pequeña que no refleja la importancia que este órgano informativo tiene en la sociedad mexicana. Desde su fundación en 1976, se ha caracterizado por ser una revista opositora al grupo en el poder. En general reúne en sus páginas opiniones e informaciones de destacados periodistas, reporteros y comentaristas.

Aun cuando se trata de una revista de carácter político, se ha caracterizado por la solvencia de sus investigaciones, por la calidad de sus escritos y la precisión de sus denuncias. Esto, a nuestro juicio, responde a lo requerido en el protocolo, ya que pensamos que Proceso puede incluir informaciones relevantes sobre temas de salud.

Vanidades, por su parte, es la revista de mayor circulación entre las mujeres mexicanas. Editada por el consorcio Televisa, Vanidades sale cada quince días y tiene un tiraje de 275,000 ejemplares, lo que hace medio millón de revistas por mes. En México un tiraje superior sólo lo encontramos en TV y Novelas (570,000 cada 14 días) o Teleguía (375,000 a la semana), pero sus contenidos no responden a las necesidades de Comsalud.

Vanidades analiza temas variados de interés para el público femenino: modas, recetas de cocina, consejos de belleza, salud, "chismes" artísticos, consejos prácticos para el hogar y los hijos, aspectos vinculados a la vida afectiva y sentimental, etc.

Podemos afirmar que por sus características, Vanidades llega a un sector de la población absolutamente diferente al que lee Proceso. De esta manera, Comsalud México procuró incluir en la muestra de mensajes sobre salud a analizar, los que se dirigen a dos amplios sectores de la sociedad mexicana.

Finalmente cabe agregar que ambas revistas, así como los periódicos Reforma y El Universal, tienen circulación nacional.

1.3 RESULTADOS OBTENIDOS EN PRENSA

De los cuatro medios analizados sólo uno, el Periódico El Universal ofreció un mensaje básico para la vida, los otros tres medios (Reforma, Vanidades y Proceso) no incluyeron ninguno. Esto significa que de un

total de 637,890.6 centímetros cuadrados de información, sólo 379.5 (el 0.59%) corresponde a mensajes básicos para la vida. Veamos estos datos con mayor detalle.

En el periódico Universal, de los 277,130 centímetros cuadrados que publica sólo 379.5 corresponden a un mensaje básico para la vida, lo cual apenas significa el 1.36% del total. No obstante, en la semana muestra El Universal incluye un total de 72 mensajes referidos a temas de salud en general.

El único mensaje básico para la vida de este periódico se encuadra dentro del punto 1.6 del protocolo, es decir, Diarrea, que puede ser prevenida mediante la lactancia al seno materno, la vacunación de todos los niños contra el sarampión, la utilización de letrinas, el mantenimiento de la limpieza del agua y de los alimentos y el lavado de las manos antes de tocar los alimentos). De manera secundaria, el mensaje puede encuadrarse dentro del punto 1.8 Higiene, que también se refiere al lavado de las manos antes de tocar alimentos y después de ir al baño. Debido a que se trata de un solo mensaje, lo describiremos brevemente del siguiente modo:

Descripción del mensaje: Informa sobre males gastrointestinales, catalogándolos como un problema de salud pública. Es una noticia.

Medio: Diario El Universal, 19 de abril de 1998, primera página.

Género: Noticia

Formato: Publireportaje

Extensión: 379.5 cm².

El mensaje sugiere acciones o comportamientos saludables en el ámbito comunitario.

Descriptorios temáticos, pueden ordenarse según orden de importancia como sigue: a) Enfermedades transmisibles (diarreas, sarampión, cólera, difteria), ; b) Enfermedades no transmisibles (otros); c) Promocional de comportamientos saludables (lavarse las manos, manipulación de alimentos, consumo de agua potable, disposición adecuada de materia fecal, vacunación) ; d) Salud integral del grupo (legislación de salud y medio ambiente); e) Sexualidad y Salud reproductiva (mortalidad infantil, cuidado del niño sano); f) otros de interés local y valiosos.

Argumentos que sugieren: prevención y autocuidado

Tipo de apelación: afectiva

Sujetos a los que hace referencia: adultos de 20 a 24 años, afecta a ambos géneros.

Descripción del lugar donde ocurre el hecho y el grupo de referencia: no aplica en cuanto a lugar y se dirige a nivel socio económico medio.

Descripción predominante del hecho: como enfermedad con antecedentes y consecuencias.

El mensaje tiene respaldo o fuente explícita: Seguridad social

Lenguaje: accesible al público en general.

Por su parte, la muestra tomada del periódico Reforma comprende un total de 288,365 centímetros cuadrados, en los cuales no aparece ningún mensaje básico para la vida. Sin embargo, podemos ver que en el transcurso de la semana estudiada, aparecen 56 (cincuenta y seis) mensajes referidos a salud, aun cuando ninguno de ellos hace referencia a los indicadores de los mensajes básicos para la vida.

Recordemos que, tal como lo pide el protocolo de Comsalud, en el caso de las revistas Vanidades y Proceso, se analizaron tanto los números correspondientes a la semana de la muestra, como uno anterior y uno posterior.

Los mensajes incluidos en Vanidades ocupan 55,666.8 centímetros cuadrados, en los cuales encontramos 99 mensajes sobre temas de salud, mas ninguno de ellos puede ser considerado como básicos para la vida. Es de destacar, sin embargo, que fue en este medio entre los impresos, donde se encontró un mayor número de mensajes sobre salud.

Algo similar ocurre con la revista Proceso: de sus 16,728.8 centímetros cuadrados de información, ninguno fue dedicado a mensajes básicos para la vida. Aun así, la revista incluyó en la semana estudiada, ocho mensajes referidos a temas de salud.

1.4 COMENTARIOS A LOS MENSAJES IMPRESOS

Históricamente se han considerado ventajas de los medios impresos frente a los audiovisuales a los siguientes: su persistencia en el tiempo; que sus mensajes pueden ser leídos por cinco personas diferentes en promedio; que su lenguaje es muy apto para abundar información sobre un tema, describir e incluso prescribir indicando pasos de un proceso o elementos que lo integran, así como enumeración de componentes, entre otros aspectos que merecen ser detallados.

Que sólo encontremos un mensaje para la vida en la muestra, nos indica que estamos ante un grave problema: el desaprovechamiento de un medio que puede servirnos tal vez no para motivar, pero si para describir, mostrar, orientar, dar detalles.

En términos generales, percibimos que los periódicos se dedican a buscar información originada en las instituciones o a crear ellos mismos sus temas de investigación (como es el caso de las revistas), pero soslayan mensajes de salud básicos para la vida.

A nuestro juicio aquí se presentan dos asignaturas pendientes para futuros análisis de mensajes básicos para la vida: i) contrastarlos, dentro

del total de mensajes ofrecidos, con aquellos que se refieren a muerte, enfermedad o aspectos negativos de la vida humana para corroborar hipótesis que se manejan en el sentido que los medios prefieren la nota dramática, pesimista, antes que la optimista y positiva; ii) indagar por qué se evitan los mensajes positivos. Experiencias anteriores indican que este hecho se origina en razones de rating: venden más los m

mensajes negativos, cargados de amarillismo y violencia, pero también aparece una razón nada despreciables: quienes elaboran los mensajes no están capacitados para recurrir a las fuentes adecuadas e incluso, para hacer atractivos los mensajes positivos.

Los hallazgos de Comsalud México respecto a los mensajes básicos para la vida aparecidos en medios impresos, corroboran por otra parte, resultados de análisis anteriores sobre agendas mediáticas de los periódicos. En efecto, una vez más las fuentes prioritarias de información son los funcionarios de las instituciones de salud o información pagada. Los funcionarios en general, ofrecen información administrativa (si no es que política) y en pocas ocasiones, anuncian el inicio de campañas o programas. Sería importante en un futuro próximo, diseñar estrategias que permitan aprovechar esta incidencia de los funcionarios como fuentes primarias de información, para convertirlos en voceros de otro tipo de mensajes que vayan más allá de lo político-administrativo.

Respecto a las revistas se presentan diferencias, ya que son ellas mismas las que escogen e investigan los temas que incluyen en sus ediciones. En este sentido, resulta de fundamental importancia proveer regularmente a estos medios informativos del material que sirva como fuente de sus investigaciones. Así, y siguiendo la lógica de menor inversión de tiempo y recursos que siguen los medios en general, tendríamos más posibilidades de que los mensajes básicos para la vida estén presentes en sus contenidos.

2. TELEVISIÓN: CANAL 2 DE TELEVISIA

Escoger un canal de televisión representativo para México no tiene demasiadas dificultades. En efecto, todos los indicadores (rating, ranking, preferencias del público, programas más vistos en la semana y en el mes) conducen a Canal 2 de Televisa.

Este canal, conocido como El canal de la Estrellas, es el pilar en torno al cual el consorcio Televisa organiza su programación global que incluye a tres señales televisivas más (4, 5 y 9). Canal 2, por otra parte, se caracteriza por repeticiones.

En términos generales estos mensajes revelan lo siguiente: 7 corresponden a formatos noticiosos (noticias, reportajes y entrevistas) mientras que los seis restantes son spots publicitarios o promocionales.

De ellos 5 se encuadran dentro del tema 2, Maternidad sin riesgo, que registra además 3 repeticiones. Así tenemos que de este total de 8, dos fueron entrevistas y el resto spots incluyendo sus repeticiones. El tiempo destinado a este tema fue de 460 segundos. Se emplearon horarios diferentes, muy reveladores a nuestro juicio: mientras los formatos informativos se transmiten en el tiempo de menor escucha o A, los spots se emiten en tiempo AA o AAA.

En segundo lugar en importancia durante los días analizados se colocaron dos temas: el 8, Higiene y el 6, Diarrea. Sin embargo el primero mereció dos repeticiones, con lo que en total contabilizamos cuatro mensajes referidos a Higiene. Este tema se abordó en un spot promocional (31") y en un reportaje (150"). Las repeticiones corresponden a los spots y se realizaron en horarios AA y AAA. El reportaje se transmitió en horario AA. Tanto en los promocionales como en el reportaje, el tema de la Higiene se trabajó asociado a la lactancia materna, como garantía de una mejor alimentación para los bebés.

El tema de la diarrea fue abordado en dos noticias que sumaron 210 segundos. Cabe destacar que una se programó en tiempo AAA de máxima audiencia, mientras que otra correspondió al AA. Una de estas noticias trató, como tema secundario, el espaciamiento de los nacimientos y la otra, la lactancia materna.

Enseguida encontramos el tema 5, Inmunizaciones, que fue tratado una vez en un spot de 21", repetido en una ocasión. En ambos casos las transmisiones se colocaron en horario AA. Este tema se asoció en su tratamiento con el 2, Maternidad sin riesgo.

Finalmente, tenemos tres temas: Lactancia materna, Desarrollo infantil y Sida, que fueron abordados sólo una vez, sin repeticiones. El de lactancia materna ganó 42" en una noticia asociada al desarrollo infantil, pero transmitida en horario de escasa audiencia: el A. Por su parte Desarrollo infantil se abordó en un spot de 21" transmitido en horario AAA, asociándolo a Lactancia materna e Higiene. El SIDA apareció sólo una vez en una noticia extranjera muy negativa, transmitida en horario AA con una duración de 135".

Cabe mencionar que once mensajes fueron nacionales, entre los cuales dos fueron regionales, tres rurales y siete urbanos, hubo algunos indefinidos en cuanto a su ubicación.

En el nivel social al que van dirigidos predominó el medio con siete mensajes, mientras que seis fueron para el nivel bajo y dos para clase alta, esto indica que hubo uno que puede dirigirse a dos grupos simultáneamente: alto y medio.

En todos los casos el lenguaje fue claro, estimándose que es posible su comprensión para la mayor parte de la población. Asimismo, sólo en tres casos no se dan antecedentes del tema abordado y en dos sus consecuencias.

Un dato interesante lo constituye su tratamiento, ya que consideramos que siete del total de mensajes son acerca de la salud y seis parten desde el punto de vista de la enfermedad.

En conjunto, respecto de los horarios de transmisión, tenemos que dos aparecieron en A, seis en AA y cinco en AAA, lo que consideramos una excelente ubicación, teniendo en cuenta que en general los mensajes poco comercializables suelen transmitirse en horarios de baja audiencia.

Por último cabe mencionar que del total de mensajes aparecidos en el Canal 2 de Televisa, siete centran su atención en la Prevención; dos lo hacen en Autocuidado; y los restantes se ubican uno en cada uno de los siguientes argumentos: Promoción, Malestar, Curación e Incompetencia. Respecto a su argumentación secundaria, Bienestar aparece como la intención más recurrente en cinco mensajes, mientras que se mencionan también en dos ocasiones a la Pobreza y en dos más el autocuidado.

Como comentario general a los datos obtenidos de la muestra televisiva, cabe mencionar que deberían cruzarse con la legislación vigente en cada país, ya que por ejemplo en el caso de México la ley establece una reserva de tiempo para información de servicio social o gubernamental, que en parte se ocupa con mensajes de salud. Estos, nos obstante, pueden ser ubicados en horarios desventajosos para la audiencia con lo cual buena parte del esfuerzo de producción se pierde. No estamos en condiciones de aseverar esto, ya que la muestra no abarcó el total de los horarios A, sin embargo, es un dato que habría que cotejar a futuro.

Creemos que la televisión, aunque más fragmentada y perdidos en medio de un cúmulo de mensajes informativos y sobre todo de entretenimiento, ofrece más contenidos de salud que los medios impresos. No obstante, es escaso un tratamiento más analítico de los temas fundamentales para la salud de los mexicanos, con sus antecedentes y consecuentes. Por ejemplo, vemos con asombro que temas como el 1 Espaciamiento de los nacimientos sólo fue tratado en el contexto de una información referida a otro asunto. Tampoco

aparece ni una mención a los temas 6 Tos y catarro y 9 Paludismo. Esto es especialmente inquietante en el caso del tema 6, si tomamos en cuenta que una de las principales repercusiones del medio ambiente deteriorado de la ciudad capital, se manifiesta justamente en enfermedades respiratorias.

Entramos también, que en ocasiones los periodistas vierten opiniones poco fundamentadas y con escasa base científica. Más bien se trata de ideas o información personal que, lamentablemente, a la vista de los telespectadores pueden convertirse en opiniones experimentadas y fundadas.

Cabe agregar, finalmente, que las ventajas del doble componente del lenguaje audiovisual: imagen y sonido, es explotado en exceso por la TV para dar dobles mensajes, sobre todo en los spots publicitarios. Encontramos en el análisis de la muestra un gran número de anuncios de alimentos chatarras, productos superfluos o dañinos para la salud, que parecen lavar su imagen poniendo, al pie del anuncio o en su parte final, un cintillo escrito lleno de buenas intenciones por radiodifusoras. Estas cifras hicieron difícil determinar la emisora a escoger para la muestra Comsalud, sobre todo si consideramos que en México no contamos con cifras confiables de penetración en radio, prensa y televisión. Las que existen, en general están matizadas con intereses económicos que responden al rating y al propósito de vender más anuncios a mejores tarifas para los empresarios de la radio.

También a partir de un estudio previo, pudimos determinar que Radio Red es la emisora que no sólo integra en su programación contenidos más variados, dentro de lo que se conoce como "radio hablada", sino que además tiene una enorme incidencia social y según algunos datos estadísticos es la que capta mayor audiencia.

Un análisis previo de su programación nos permitió tomar la decisión de grabar de 6 de la mañana a las 13 horas y de 15 a 16 todos los días de la semana. Además, se grabaron algunos programas nocturnos que podrían incluir mensajes de salud: el miércoles de 22 a 24, el sábado de 21 a 22 horas. Consideramos que no resultaba significativo grabar después de las 16 h. debido a que la emisora cuenta con un programa cómico-cultural de 16 a 17 y a partir de allí un noticiero similar al de la mañana que termina a las 21 horas. A partir de entonces o bien se programa música, o se incluyen programas temáticos que no tienen que ver con la salud. Esta selección nos llevó a analizar un total de 59 horas de programación, cantidad similar a la estudiada en televisión.

2.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN RADIO

La muestra radiofónica se compuso por un total de 58 hrs de grabación, distribuidas en 39 cintas de audio. Dichas grabaciones corresponden a un total de 14 programas de formato radiofónico distribuidos en la programación de toda la semana (entre el 19 y el 25 de abril de 1998).

El análisis de la muestra indicó que 265 de los mensajes transmitidos durante las horas monitoreadas, corresponden a mensajes de salud, incluyendo las repeticiones en spots publicitarios e institucionales y algunas notas informativas.

De este total de mensajes, sólo 41 (incluyendo las repeticiones) corresponden a la categoría "Básicos para la vida", señalada en el protocolo de investigación.

Tales mensajes se distribuyeron de la siguiente manera: DOMINGO 5, LUNES 15, MARTES 7, MIÉRCOLES 1, JUEVES 4, VIERNES 5, Y SÁBADO 4

Una revisión más detallada nos permitió observar que de estos 41 mensajes, 17 son spots publicitarios e institucionales pro-salud y 24 tienen que ver con el ámbito periodístico. Los resultados informan que de los 7 géneros contemplados por el protocolo 5 revisten mayor importancia: Se tienen contabilizados 8 mensajes de opinión, 8 notas informativas, 3 reportajes, 4 entrevistas y 1 no aplicable que puede considerarse dentro de este ámbito.

De acuerdo a los 10 temas considerados como correspondientes a la categoría "Básicos para la vida", sólo en 7 de ellos pueden catalogarse estos 41 mensajes:

a) Desarrollo infantil 31. Clasificados en 15 spots con una duración de 430 seg (incluidas las repeticiones) y 16 periodísticos distribuidos de la siguiente forma: 5 NOTAS INFORMATIVAS, 5 DE OPINIÓN, 3 REPORTAJES, 2 ENTREVISTAS Y 1 NO APLICABLE, con una duración de 95 minutos y 23 segundos.

B) Espaciamiento de los nacimientos 1. Correspondiente al género de OPINIÓN, con una duración total de 10 minutos.

C) SIDA 2. Mensajes transmitidos como NOTAS INFORMATIVAS, con un tiempo empleado de 24 segundos.

D) Diarrea 2. Uno como NOTA INFORMATIVA y otro como OPINIÓN, en un tiempo de 3 minutos y 55 segundos.

E) Inmunización 1. Mensaje que consistió en una ENTREVISTA de 2 minutos y 58 segundos de duración

f) Maternidad sin Riesgos 2. Uno como ENTREVISTA y otro como OPINIÓN, con un tiempo destinado de 41 minutos y 20 segundos de transmisión.

G) Lactancia materna 2. Correspondientes a SPOTS INSTITUCIONALES PRO-SALUD con 1 minuto de duración. Estos dos mensajes tienen como temas secundarios diarrea, tos y catarras.

De lo anterior puede señalarse que los temas más importantes abordados por estos mensajes básicos para la vida son, por el tiempo destinado a su transmisión, el DESARROLLO INFANTIL y la MATERNIDAD SIN RIESGOS. Le siguen en tercero y cuarto lugar, el ESPACIAMIENTO DE LOS NACIMIENTOS y la DIARREA respectivamente, mientras la INMUNIZACIÓN, la LACTANCIA MATERNA y el SIDA, ocupan los últimos lugares, en ese orden.

De estos 41 mensajes analizados, 35 apelan directamente a realizar acciones o cambios de comportamiento para prevenir las enfermedades o tratarlas de forma adecuada. Mientras 6 de ellos se refieren a actitudes, conductas o mención de síntomas y consecuencias, que apelan a la enfermedad de los sujetos.

Una posterior clasificación nos deja ver que 14 de estos mensajes transmiten información actual, referencial y objetiva:

a) Cognitivos positivos (11)

- . Notas Informativas 2
- . Opinión 2
- . Entrevistas 2
- . Reportajes 2
- . Spots 3

b) Cognitivos negativos (3)

- . Opinión 1
- . Nota Informativa 1
- . Entrevista 1

Mientras que 23 de ellos motivan interés por la salud o se refieren a temor o miedo:

a) Afectivos positivos (22)

- . Notas Informativas 3
- . Opinión 3
- . Reportaje 1
- . No aplicable 1
- . Spots 14

b) Afectivos negativos (1)

- . Opinión 1

De estos mensajes, 4 apelan a valores o comportamientos socialmente aceptables.

A) Ética (4)

- . Notas informativas 2
- . Opinión 1
- . Entrevista 1

Cabe señalar que se manejan 8 argumentos de manera repetitiva en los 41 mensajes básicos distribuidos de la siguiente forma: PREVENCIÓN 9, BIENESTAR 15, AUTOCUIDADO 8, PROMOCIÓN 17, PARTICIPACIÓN 17, CURACIÓN 4, POBREZA 2 Y MALESTAR 5.

Del total de mensajes analizados, destaca la incidencia de aquellos que están relacionados con el tema de salud y medio ambiente. Por lo tanto, puede deducirse una preocupación primordial por la salud y el medio ambiente en el que se desenvuelven los individuos.

COMENTARIOS FINALES

Como se ha podido ver en el desglose de los resultados obtenidos en los medios estudiados por Comsalud México, tenemos que en términos generales son escasos los mensajes de salud y entre ellos, más escasos aún los Mensajes Básicos para la vida. La radio, entre los medios analizados, es el que no sólo ofrece mayor cantidad sino también diversidad y un tratamiento más prolongado.

Sin temor a equivocarnos podemos afirmar que los periódicos recoge aquellos mensajes que provienen de las instituciones públicas de salud, los que de un modo u otro son noticia. Las revistas en cambio se dan tiempo para escoger e investigar algunos temas, lo que les permite darles un tratamiento más detallado. Aun así, incurren en general en el tratamiento de temas "de moda". Como lo explica la teoría de la comunicación, existen más similitudes que diferencias en las tematizaciones de los medios, o dicho en otros términos, entre ellos se mimetizan tratando los mismos asuntos en lugar de diversificarlos.

La televisión a nuestro juicio, ocupa un lugar destacado en la difusión de spots promocionales. Aun cuando en la muestra casi la mitad de los anuncios originales eran de género informativo, las repeticiones en cambio son de spots, lo cual los hace más significativos. Creemos que esta ventaja de la TV, debido a sus condiciones de espectacularizar casi todo lo que toca, deben aprovecharse. Queremos decir con ello que

es justo pensar que este medio puede servir como motivador para el tratamiento de algunos temas, que serán luego abordados con mayor profundidad por otros medios.

Cuando se trata de mensajes informativos, también la TV cae en la búsqueda de las fuentes y las noticias institucionales. Esto, que no es negativo, nos parece eso sí, insuficiente, ya que implica dejar fuera una gran cantidad de temas que, de tan cotidianos (como la mala nutrición, las enfermedades respiratorias, el alcoholismo, etc.), ya no se abordan.

La radio por sus características productivas y por la dinámica que ha alcanzado en los últimos años en el país, resulta el medio que permite una mayor diversidad y riqueza en el tratamiento de temas de salud. La posibilidad de participación popular a través de preguntas, llamadas en vivo o faxes abre, además, la puerta para que ciertos temas que están en la preocupación de los oyentes "se cuele" hacia los discursos elaborados por los emisores radiofónicos.

No obstante esta apertura, queda aún mucho por hacer, ya que este medio cae también en los temas "de moda", en las tendencias a la mimetización que tienen las emisoras entre sí, lo cual desde luego no contribuye a agregar más información a los receptores.

Mención especial merece también la falta de preparación que tienen algunos periodistas para opinar y orientar sobre ciertos temas de salud, lo cual no les impide hacerlo y menos aún conducir programas, entrevistar, reportear, aún sin una formación adecuada.

Finalmente, cabe expresar que en estos momentos, cuando los medios se caracterizan cada vez más por usar el recurso de la nota policial, amarillista, catastrófica y de eventos extraordinarios, hablar de Mensajes para la vida parece casi un contrasentido. El cine, la TV y en menor medida alguna radio y alguna prensa, parecen estar al servicio de mensajes para la muerte.

Esto que suena tan catastrófico como los contenidos de los medios que estamos criticando, no debe desconocerse, por el contrario, constituye un principio de realidad, una característica de fin de siglo que debemos revertir, aun cuando como sabemos el libre comercio es quien parece tener la última palabra en la elección de contenidos rentables.

DRA. DELIA CROVI DRUETTA
México, 20 de abril de 1998

Bibliografía y hemerografía

Belando Montoso, María y Eloy López Meneses Educación para la salud e internet: vías de información y formación para la mejora del desarrollo profesional del educador social

Beltrán S., Luis Ramiro. "La Salud y la Comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes" **Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina,**

Beltrán S., Luis Ramiro. **National communication policies in Latin America.** París, UNESCO. Mimeo.43 p. 1973

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

Costello, Daniel E. "Health Communication Theory and Research: A Definitional Overview". En **Communication Yearbook 1.** Transaction Books, New Brunswick, N.J. 1977. pp.558-567

Comunicación Social y Desarrollo, UNAM,1969

CROVI Druetta, Delia. "El Siglo de la Comunicación". En Foro Mexicano de Historia de los Medios. Fundación Manuel Buendía.

"Declaración Ministerial de México para la promoción de la salud: de las ideas a la acción" Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud –Promoción de la salud hacia una mayor equidad, México, 2000

Economist Intelligence Unit, The 2003 e-readiness rankings (graphics.eiu.com/files/ad-pdfs/eReady_2003.pdf)

Encuesta de la Cámara de la Industria de la Radio y Televisión –CIRT-, para conocer a profundidad los diversos factores de mercado relacionados con la radio. México, 1992

EPP, Jake. Achieving health for all: a framework for health promotion. Ottawa, Ministry of Health and Welfare. 1986, p.13

Estrategias Digitales, para mejorar los servicios de salud, En Política Digital. Innovación gubernamental. Nexos. Número 3, abril-mayo 2002

Glosario Promoción de la Salud. OMS. 1996

Gómez González Amanda. Programa Nacional de Telesalud. ISSSTE.

Hacia la reestructuración programática de Radio Educación”, documento, marzo de 1989.

Informe Anual OPS, 2001

IPAL. Documento de Trabajo para el Coloquio sobre “Promoción de Salud y Calidad de Vida: Estrategias Alternativas de Comunicación, Lima, julio de 1992.

Jablonska, Alejandra. “La política de salud de la OMS: propuesta para los países en vías de desarrollo”. En Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales número 153.

La ciencia de la comunicación humana. Ed. Roble

Laurell, Asa Cristina. Notas para un marco teórico para la investigación en sociología médica, México, UAM Xochimilco, COPLAMAR, *Necesidades esenciales de México. Salud*. México, Siglo XXI Editores, 1983, 2ª. Edición.

Ley General de Salud

Lozano Ascencio, Rafael y otros. Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en México: Definición y Construcción. Síntesis Ejecutiva. Coordinación General de Planeación Estratégica Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.SSA.

Mahler. H. *Un mensaje del Director General de la OMS*. En Revista La Educación para la Salud. OMS, No1:3-4 1985

McAlister, Alfred. “Antismokin Campaigns: Progress in Developing Effective Campaigns”. En Rice, Ronald E. y William J. Paisley (Eds): **Public Communication Campaigns**. SAGE, London, 1981. pp.91-103

Moles, Abraham y Elizabeth Rohmer, **Teoría estructural de la comunicación y sociedad**, p.14

Moragas de, Miguel. Internet: Facilidades Tecnológicas, Dificultades de Comunicación. Portal de la Comunicación. Aula abierta. Lecciones básicas. UAB, 2005

Mundo Internet 98, p.23

OMS. Glosario de la Promoción de la Salud, 1996.

OMS. “Promoción de la Salud. Información Pública y Educación para la Salud”. Informe de Progreso presentado por el Director General de la

Organización Mundial de la Salud a la Quincuagésima Asamblea Mundial de la Salud. Doc. A45/5 del 13 de abril de 1992.

OPS, Centro Panamericano de Planificación de la Salud, Formulación de políticas de salud, Santiago de Chile, julio 1975,

OPS. Estratégias y Prioridades Programáticas Orientaciones 1991-1994. Washington, 1991. p.10

OPS. Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina".,1993

OPS_OMS. 29ª sesión del Subcomité de Planificación y programación del comité ejecutivo de la OPS/OMS, 1y2 de diciembre de 1997. pág 5

OPS. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Cuadrienio 1991-1994

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

Programa de Acción: Comunidades Saludables. Versión preliminar. PND 2001-2006

Programa de las Naciones Unidas. PNUD, "Informe de Desarrollo Humano, 1997", Washington DC, 1998

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe anual 1993

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe anual 1998

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe anual 2001

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe anual 2002

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe anual 2003

Programa Nacional de Municipios Saludables. SSA

Programa de Reforma del Sector Salud. 1995-2000

Programa Nacional de Salud 2001-2006

Promoción de la Salud en las Américas. Informe Anual OPS, 2001

Rasmuson, Mark R. y otros, Comunicación para la salud del niño. Washington, D.C. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

Internacional, Dependencia de Ciencia y Tecnología, Oficina de la Salud y Oficina de Educación (Healthcom, Proyecto realizado por la Academia para el Desarrollo con The Annenberg School of Communications). 1998

Rizo, Marta. El Interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de Comunicación. Aula abierta. Lecciones básicas. Portal de la Comunicación. UAB, 2005

San Martín y Pastor. Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid. Díaz de Santos, 1988

San Martín Hernán. Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente. México, La Prensa Médica Mexicana, Ediciones científicas, 1983, 2ª edición.

SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I* Núm. 10, 13, 16, 19, 20, 21 y 22. México, D.F.

SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I* Núm. 10, 13, 16, 19, 20, 21 y 22. México, D.F.

SSA. *Gastos catastróficos por motivos de salud*. En Desempeño de los Sistemas de Salud. Salud:México, 2002

SSA. Hogares con Gastos Catastróficos por Motivos de Salud. Síntesis Ejecutiva. México, 2000

SSA. Magnitud y Origen de los Gastos Catastróficos por Motivos de Salud por Entidad Federativa: México 2002-2003. Síntesis Ejecutiva.

Schweigker, Gerhard. *La ruta crítica de la cibercultura mexicana*. En **Razón y Palabra**. Febrero-Abril, 2000.

Terris. La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. México, Siglo XXI. (1980)

Trejo, Delarbre Raúl. Internet, la gran conversación. Comunicación tradicional y comunicación virtual en el universo de la red de redes. Semanario Etcétera, 2004

Web

IMSS

www.imss.gob.mx

ISSSTE

www.issste.gob.mx

SECRETARÍA DE SALUD

<http://www.salud.gob.mx/>

CIBERHÁBITAT

www.ciberhabitat.gob.mx

INEGI

www.inegi.gob.mx

OMS

www.who.int/en

www.who.int/es/

OPS

www.paho.org/default_spa.htm

REVISTA MEXICANA DE COMUNICACIÓN

www.mexicanadecomunicacion.com.mx

FUNSAIUD

www.funsalud.org.mx

CIESPAL

www.ciespal.net

INSP

www.insp.mx

PRESIDENCIA

www.presidencia.gob.mx

CONAPO

www.conapo.gob.mx

Internet Society Capítulo México

<http://www.isocmex.org.mx/historia.html>

M. Leyner, Barry y otros. Una breve historia de internet (primera parte)

http://www.ati.es/DOCS/internet_/histint/histint1.html#origenes julio 24,
2004

Revista Razón y Palabra

<http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n17/17islasgtez.html>

Sistema e-México

www.e-mexico.gob.mx