

Altepepaktli

Salud de la comunidad

Volumen 5, No. 9, marzo 2009

Universidad Veracruzana • Instituto de Salud Pública



Universidad Veracruzana

Dr. Raúl Arias Lovillo

Rector

Dr. Ricardo Corzo Ramírez

Secretario Académico

Lic. Víctor Aguilar Pizarro

Secretario de Administración y Finanzas

Dr. Jesús Samuel Cruz Sánchez

Director General de Investigaciones

Dr. Agustín Aguirre Pitalúa

Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud

Dr. Porfirio Carrillo Castilla

Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León

Encargada de la Dirección del Instituto de Salud Pública

Comité Editorial

Dra. Dulce María Cinta Loaiza

Editor

Dr. Jaime Morales Romero

Coeditor

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales

Dra. Edit Rodríguez Romero

Dra. Elizabeth Bonilla Loyo

Mtro. Manuel Salvador Luzanía Valerio

Comité Editorial

C.P. Angélica Tapia Vázquez

Coordinación Administrativa

Ma. Elena López Vázquez

Diseño y edición Digital

Rosa Linda Martínez González

Corrección de estilo

Altepepaktli es una publicación semestral del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. <http://www.uv.mx/isp/>

Se encuentra indexada en IMBIOMED.

<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>

El contenido de los trabajos es responsabilidad exclusiva de los autores.

Se autoriza la reproducción parcial o total del material si se cita la fuente.

ISSN 1870-2759, Volumen 5, Nº 9, marzo 2009

Se imprimió en los talleres de

DOCUMASTER S.A de C.V

Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle CP. 03220 México DF.

Sobre papel bond de 36 kg. en interiores y cartulina couché en portada. Tiraje de 500 ejemplares.

Tecnologías de la Información y de la Comunicación en Salud Pública (Information Technology and Communication for Public Health)

Alberto Rubí García*
Galo Romeo Berzain Varela**
María de Lourdes Mota Morales***

Resumen

El ensayo pretende analizar y reflexionar acerca del impacto que supone la incorporación y el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICS) en los sistemas sanitarios, tomando como base que su incorporación supone ser un motor de cambio con impacto y mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y que favorece el desarrollo de herramientas dirigidas a procesos de planificación, información, investigación, prevención, promoción y en el diagnóstico o tratamiento.

Se mencionará sobre la trascendencia de las telecomunicaciones fundamentales para la instrumentación de sistemas telemédicos, telesalud y de e-salud, considerando que su existencia marca la diferencia entre países desarrollados y en desarrollo, lo que se conoce como brecha digital.

Finalmente se considera que son un instrumento que favorece la formación a distancia de recursos humanos a través de la de educación continua en salud y herramienta fundamental para el desarrollo de nuevas aplicaciones como la epidemiología.

Abstract

This paper aims to analyze and reflect on the impact caused by incorporating and using new information technology and communication (NTICS as it is a Spanish acronym) in the health services. As a basis we consider that incorporating NTICS is supposed to play a key role when improving citizen's quality of life and promoting the development of tools addressed to planning, information, research and prevention processes on both diagnosis and treatment.

This paper deals with the importance of telecommunications as an essential key when implementing telemedicine systems, telehealth and e-health, considering that their mere existence establishes the difference between developed and underdeveloped countries. That difference is known as a digital gap.

Finally, We also consider NTICS to be a tool that promotes human resources training through distance learning health. It is essential when developing new applications in such areas as epidemiology.

Palabras claves: telemedicina, teleformación, telesalud, brecha digital, e-salud.

Key words: telemedicine, teletraining, telehealth, digital gap, e-health.

Introducción

Todos aquellos que somos profesionales de la salud —médicos, enfermeros, químicos, entre otros— vemos que con frecuencia se incorporan nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas y preventivas a los procesos asistenciales en salud, con las cuales nos beneficiamos ya sea en nuestra actividad institucional o como usuarios de los servicios; siendo entonces otro pilar de la sociedad de la información la incorporación de las TICS al mundo de la salud¹.

El Impacto de las (TICS) en los sistemas sanitarios

El incremento en la esperanza de vida es finalmente una consecuencia de este proceso de incorporación de nuevas tecnologías que favorecen el desarrollo de herramientas dirigidas a procesos de planificación, información, investigación, prevención, promoción y en el diagnóstico o tratamiento². En México la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años, para 1970 era de 61 y en el 2000 aumentó a 75, la cual se mantiene a la fecha³.

La incorporación de las TICS en la operación del sistema sanitario no se da con la misma celeridad, ejemplo de ello es que la salud pública se ha quedado atrás en la incorporación suficiente de dichas tecnologías en sus aplicaciones⁴; con marcada lentitud ocurre el que los medios

*Químico Farmacéutico Biólogo. Alumno de la Maestría en Salud Pública. Área disciplinar Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. rugass1978@gmail.com.

**Médico, especialista en Salud Pública. Titular de la Materia Tecnologías de la Información y Comunicación en Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. Alumno del Master en Telemedicina. Universidad Oberta de Catalunya. logaededemty@hotmail.com.mx.

***Maestra en Salud Pública. Área disciplinar Informática Aplicada a la Salud. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, México. Imota@uv.mx.

informáticos formen parte del quehacer de las actividades de rutina del profesional de la salud en los países latinoamericanos (al menos en el sector público) y México no es la excepción. Las causas que originan esta situación son múltiples y requieren de transformar paradigmas en términos de reingeniería organizacional y de financiamiento de las instituciones de salud, a la par de que se dé una amplia participación del sector telecomunicaciones en términos de facilitar el acceso a las TICS, como el Internet de banda ancha⁵.

En este contexto cabe resaltar que, como ocurre con frecuencia, la sociedad evoluciona más pronto que las instituciones, pues actualmente una buena parte de la población (básicamente urbana) aprovecha las TICS como el Internet y la telefonía móvil no sólo para comunicarse, también para mantenerse informado acerca de aspectos que tienen que ver con su salud, lo que está dando como resultado un nuevo modelo de gestión entre el paciente y el prestador de servicios de salud⁶.

En este escenario hay una realidad que no soslayamos y que tiene prioridad en términos de las obligaciones contraídas por los gobiernos y las instituciones de salud para con la sociedad. Coexisten a la par de los polos de desarrollo en todos y cada uno de los países Latinoamericanos un gran número de comunidades con elevada marginación, bajo desarrollo humano, limitado acceso a servicios de salud, aislamiento geográfico y prácticamente nulo acceso a las TICS, ubicando a la población que habita en ellas en una situación de total inequidad.

En términos de acceso a los servicios de salud, la cobertura universal impulsada por los compromisos contraídos en la reunión de Alma Ata⁷ ha cumplido hasta hoy de manera parcial con su cometido, de una u otra forma el aislamiento sigue siendo el principal obstáculo para la atención médica, con énfasis en la hospitalización (especialidad). Los habitantes de estas comunidades continúan erogando cantidades importantes en traslados (a veces innecesarios) hacia las ciudades donde se encuentran los centros hospitalarios para recibir la atención a sus problemas de salud.

Con base en lo anterior, en los países desarrollados y en algunos en desarrollo se ha optado por un proceso de modernización del modelo asistencial a través del uso de las TICS. Como ejemplo citamos los sistemas de telemedicina y tele epidemiología que opera el gobierno de Francia para brindar asistencia en salud a la Guyana Francesa⁸. De manera que a través de su uso se prevengan y en su caso combatan enfermedades del "pasado" re-emergentes como la tuberculosis, el cólera y el dengue, especialmente en zonas aisladas y con menor cobertura en salud; y padecimientos del presente relacionados con los nuevos estilos de

vida: diabetes, obesidad, VIH/SIDA. En este sentido cabe recordar que aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías es una prioridad de los objetivos de la Cumbre del Milenio del año 2000⁹.

Las Nuevas TICS en los sistemas telemédicos, tele-salud y de e-salud

En México se está haciendo un esfuerzo por incorporar las TICS dentro de la estrategia de e-salud^a, con aplicaciones en telemedicina^b y educación a distancia (teleformación), liderando este esfuerzo el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) al cual se han sumado estados como Nuevo León, Guanajuato, Chiapas, Oaxaca, Nayarit, Tamaulipas, entre otros¹⁰.

En Veracruz, los esfuerzos antes mencionados se ven reflejados dentro de su Programa de Salud 2005-2010 y en el que se menciona como línea estratégica la innovación con sistemas tecnológicos y como una acción prioritaria la instrumentación de una gestión tecnológica, siendo estos puntos los que permitan instrumentar sistemas para una mejor capacidad profesional y de servicios que den mejores condiciones de salud de la población veracruzana.

A pesar de existir un programa nacional de telesalud, consideramos que no se canalizan los recursos financieros, humanos y materiales, necesarios para su desarrollo, y en consecuencia los estados que han logrado ponerlo en marcha hasta hoy lo han hecho con sus propios recursos.

En nuestra opinión la importancia de instrumentar estos sistemas de telesalud o telemedicina en nuestro país queda manifiesta cuando vemos aún a numerosas comunidades con aislamiento geográfico, falta de acceso a telecomunicaciones (brecha digital)⁶, bajo índice de desarrollo humano, etc., con difícil acceso a los servicios de salud y sobre todo a la atención médica de especialidad. Los pobladores de estas comunidades tienen que recorrer grandes distancias dejando sus actividades cotidianas que merman su economía, ya de por sí precaria, y sin la garantía de una atención oportuna.

La existencia de un sistema telemédico permitiría entonces evitar traslados innecesarios, atendiendo al paciente en su centro de salud o en el hospital más cercano a su localidad con todos los beneficios que esto implica para el paciente, su familia e incluso para el mismo sistema de salud. La experiencia europea en Latinoamérica e

^a *Infraestructuras y aplicaciones sanitarias utilizando fundamentalmente Internet.*

^b *Práctica médica realizada a distancia, por intermedio del uso de las TICS.*

incluso en estados como Nuevo León en México ha demostrado, a través de estudios de costo beneficio, que la inversión inicial en toda la infraestructura que requiere un sistema telemédico es “recuperada” en poco tiempo a partir de los ahorros sociales e institucionales¹⁰.

Cabe señalar que mucha de la atención sólo requiere opinión por el experto (especialista en un área de la salud), sin embargo al no contar con un sistema telemédico se hace la referencia de pacientes a los saturados y distantes hospitales de alta especialidad; la gran mayoría de las veces sin considerar los altos costos que esto implica para las familias (traslado, hospedaje, alimentación), muchas de las cuales tienen empleos precarios o trabajan en la economía sumergida^c.

Un sistema telemédico también modificaría las formas de registro y archivo del historial clínico, permitiendo la homogenización a través de la informática con el expediente clínico electrónico, con todas las ventajas que implica: accesibilidad, seguridad de la información, disponibilidad, eliminación del papel, evitar extravío, legibilidad, acceso a estudios radiológicos y de laboratorio, etc. Actualmente el depender aún del expediente en papel limita la posibilidad de una adecuada atención cuando el paciente no es atendido en su unidad de adscripción.

Cabe hacer la aclaración que el uso de las TICS mediante un sistema telemédico con un uso adecuado es sólo una herramienta de apoyo y de fortalecimiento al sistema de atención y no la panacea a toda la problemática del mismo.

Sin duda dar respuesta a los grupos sociales menos favorecidos de una economía como la nuestra, implica adoptar una idea joven que se convierta en fuerza impulsora en la formación de profesionales de la salud, dotados de sólidos conocimientos científico-tecnológicos y sólidas convicciones en la aplicación de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación, especialmente en la incorporación a la vida diaria, transformando antiguos paradigmas e incorporando nuevos, que nos permitan el ingreso de innovadoras metodologías de planeación para la solución de viejos problemas de escasez de recursos en salud, de cobertura y desarrollo humano. Para dar cauce a lo anterior es necesario gestionar la inversión privada de organismos serios interesados en invertir, instrumentar y explotar las nuevas tecnologías en pro de la salud pública, y de igual modo presentar proyectos bien sustentados a las entidades públicas en salud, que estimulen la asignación de recursos.

^c Se utiliza este término para hacer referencia a aquella que se basa en una actividad económica al margen de la ley o que no atenta contra ella pero en su desarrollo vulnera alguna norma.

Las ideas anteriores nos hacen ver que es urgente que quienes formamos parte o pretendemos involucrarnos en los aspectos sanitarios tengamos una visión real del impacto que logramos en el sector salud cuando son aplicadas las Tecnologías de la Información y de la Comunicación y dicha visión muy particular se logrará si como profesionales de la salud contamos con la formación de gestión de las nuevas tecnologías como herramientas para responder a las exigencias actuales de salud en México.

Las TICS y la formación de recursos humanos en salud

Llegado a este punto consideramos que la clave para garantizar que en un futuro próximo exista una actitud de apertura a la incorporación de las TICS en el sector salud como oportunidad única de dar un salto en el desarrollo⁴ de nuestro país está en la formación de recursos humanos del campo de la salud y disciplinas de apoyo a éste. Una nueva generación de profesionales del campo de la salud en cuya currícula académica se incluyan las TICS que permitan desarrollar competencias (resolución de problemas, pensamiento crítico, trabajo en equipo, entre otras) demandadas por el proceso de modernización del modelo asistencial en el presente siglo⁴, como lo ha realizado el ISP-UV^d a partir del 2005 en el área de informática aplicada a la salud con su modelo basado en competencias de la Maestría en Salud Pública; haciéndose necesario que sin importar la línea de especialización de los que nos formamos en salud incorporemos a nuestro bagaje de conocimientos estos contenidos que se vuelven hoy indispensables, cuando sabemos que en países como Argentina, Paraguay, Brasil y otros más de Sudamérica, aplicaciones de telemedicina, teleepidemiología y teleformación son ya rutina en la salud pública¹¹.

Conclusión

Insistimos entonces en que al romper con la barrera del tradicionalismo heredado, que debilita la atención médica a los grupos sociales más vulnerables y aprovechar las propiedades de complementariedad y sinergia las universidades e institutos deberían incluir en los programas de estudio temas relacionados con las TICS como un instrumento estratégico fundamental en la formación de recursos humanos en salud además de aprovechar el mundo globalizado en las distintas formas tecnológicas para intercambiar información, pues serán estos últimos quienes al concluir su formación académica sean gestores de conocimientos ya sea en las aulas o en los recintos donde se toman las decisiones sobre temas de salud.

^d Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (ISP-UV).

Referencias bibliográficas

1. Las TIC en la Sanidad. La Sociedad de la Información y las Telecomunicaciones en Navarra. Observatorio de la Sociedad de la Información en Navarra. 2003. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/Observatorios/pdf/0503_SI_y_Telecomunicaciones_en_Navarra_9las%20TIC%20en%20la%20Sanidad.pdf.
2. Ramos V. Las TIC en el Sector Salud. Las TIC en la Sanidad. 2007. Disponible en: <http://www.coit.es/publicaciones/bit/bit163/41-45.pdf>.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México. 2008. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob52&c=5652>; <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>.
4. Guerra M. Hilbert M. Jordán V. Nicolai C. Panorama Digital 2007 de América Latina y El Caribe. Avances y desafíos de las políticas para el desarrollo con las Tecnologías de Información y Comunicaciones. Disponible en: <http://www.cepal.org/SocInfo> y <http://www.dirsi.net>.
5. Alonso A. Nuevos Modelos de Salud en la Sociedad de la Información. Editorial EdiUOC. 2007:16.
6. Katz J. Hilbert M. Los caminos hacia una sociedad de la información en América Latina y El Caribe. Naciones Unidas 2003: 21-55. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/12899/lcg2195e2.pdf>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. URSS. 1978. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
8. Organización de Estados Americanos. Telesalud en las Américas. CITEL-OEA; 2003: 17-32. Disponible en: http://www.citel.oas.org/sp/publicaciones/TELESALUD-FINAL-r1_e.pdf.
9. Objetivos del desarrollo del milenio. ODM. 2006. Disponible en: <http://spanish.millenniumcampaign.org/site/pp.asp?c=8nJBLN NnGhF&b=308303>; <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/reports.shtml>.
10. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Telemedicina. Secretaría de Salud. 1ª Ed. Serie Tecnologías en Salud. 2001; 3: 11-22. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/TecnologiasSaludV3.pdf>.
11. Organización de Estados Americanos. Telesalud en las Américas. CITEL-OEA. 2003: 17-32. Disponible en: [http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=Organizaci%C3%B3n+de+Estados+Americanos+\(OEA\).+Telesalud+en+las+Am%C3%A9ricas.+CITEL-OEA%3B+2003.&start=0&a=N](http://www.google.com.mx/search?hl=es&q=Organizaci%C3%B3n+de+Estados+Americanos+(OEA).+Telesalud+en+las+Am%C3%A9ricas.+CITEL-OEA%3B+2003.&start=0&a=N).

Reflexiones sobre Género, Salud y Medios de Comunicación

(Reflections on gender, health and mass media)

Dulce María Cinta Loaiza*
Alicia Irais Portillo Cancino**

Resumen

El presente ensayo tiene como objetivo profundizar en las relaciones que se establecen entre la problemática de género, la salud y los medios de comunicación. La salud en general y la salud pública en específico poco o casi nada toman en cuenta la perspectiva de género en sus programas y proyectos contribuyendo con esto a una mirada inequitativa sobre la salud de las mujeres. Este panorama se vuelve más complicado cuando la salud de las mujeres es tratada por los medios de comunicación, los cuales apuntalan una forma estereotipada de representarlas. Junto a ello, las mujeres sufren el impacto mediático de los grandes consorcios de la belleza y de la industria farmacéutica, entre otros, que sólo las conciben como consumidoras.

Abstract

This essay focuses on problems related to gender, health and mass media. It gives a general view of health and public health and specifically, on programs or projects which give little or no consideration at all, to the gender problem, provoking an inequity view of women's health. This fact is even more complicated when women's health is an issue in the mass media, since they use stereotypes to represent them. In addition, women are victims of the media mass, through big corporations which advertise beauty and pharmaceutical products, considering them only as consumers.

Palabras claves: género, salud, medios de comunicación.

Key words: gender, health, mass media.

El objetivo del presente ensayo es abundar sobre las relaciones que se establecen entre tres grandes áreas que de manera independiente son complejas y difíciles de estudiar: género, salud y medios de comunicación. Los y las estudiosas de la problemática de género de forma sistemática abundan sobre el sesgo que tanto el sector salud como los medios de comunicación presentan al tratar cuestiones relacionadas con las mujeres. El presente trabajo profundiza sobre las complejidades que este trato desigual genera en las mujeres.

La interacción entre género, salud y medios de comunicación es de gran complejidad y con repercusiones sociales de magnitud. La salud constituye uno de los bienes más importantes que poseen las personas y por tanto uno de los aspectos más sensibles en lo que atañe a la vida de los seres humanos. A nadie le gusta sentirse enfermo y mucho menos pensar en morir.

La visión de lo que debe ser o es la salud-enfermedad y la muerte, se ve y se entiende de forma muy diferente cuando se le enfoca desde la perspectiva de género¹.

Reconocido por todos, es que tanto la salud individual como la colectiva se construyen a través de procesos complejos que interrelacionan tanto factores biológicos como socioeconómicos y culturales, articulándose éstos últimos vía elementos sociales, psicológicos y conductuales¹. Esta relación multicausal de la trilogía salud, enfermedad y muerte, se encuentra ampliamente sesgada cuando se analiza su distribución y efecto entre las personas, pues al atender la caracterización que del género realicen las sociedades, será la forma en que hombres y mujeres enfrenten estos procesos tan sensibles de la problemática humana.

Es indispensable que el concepto género quede debidamente entendido como las construcciones sociales y culturales, de tipo simbólico, que se hacen sobre los cuerpos sexuados así como las relaciones sociales que de esta construcción emanan. En este sentido, cuando se habla de género se parte de los sexos biológicos de los cuerpos de hombres y de mujeres, a los cuales las sociedades les atribuyen las más de las veces comportamientos sociales diferenciados. La mayor parte de las investigaciones sobre estas asignaciones diferenciadas y sus relaciones concuerdan en ver que el hombre se ha apropiado de manera sistemática la capacidad de imponer lo que deben ser los roles sociales de cada sexo. A esta capacidad de dominación se le reconoce con el término de patriarcado y la lucha feminista se ha dirigido a combatirla, de ahí que el concepto género tiende a veces de manera equivocada a identificarse con la situación de las mujeres respecto al estatus que guardan los hombres.

* Investigadora tiempo completo. ISP, UV. dcinta@uv.mx

** Alumna de la Maestría en Salud Pública. ISP, UV. airais_83@yahoo.com.mx

La relación entre género y salud y lo que ello implica ha estado presente en las conferencias internacionales que sobre la condición de las mujeres se han realizado. En todos estos foros de forma recurrente se destaca la situación vulnerable de las mujeres en cuestiones de salud². Entre las problemáticas analizadas en estos eventos se distinguen de manera tradicional los aspectos sobre la salud reproductiva, de la salud nutricional de las mujeres y de manera especial, en tiempos recientes, se discute el fenómeno creciente de la violencia hacia las mujeres, que deja una huella ineludible en su salud física y mental³, lo cual se ve desde hace tiempo como un grave problema de salud pública.

Aunque el discurso de los organismos internacionales enfoca la problemática de la salud de las mujeres desde la perspectiva de los derechos humanos, la atención a su salud al ser tratada en los niveles de cada estado tiende a centrarse en las cuestiones de orden reproductivo, dejando de lado la idea de enfocar la salud de las mujeres de forma integral, completa.

De acuerdo con Cardaci², la mayor parte de los estudios que abordan la relación entre género y salud, se centran en cinco grandes áreas. En primer lugar hay investigaciones que se centran en el riesgo biológico, es decir, aquellas diferencias genéticas o de fisiología que presentan el aparato reproductivo femenino y el masculino; otra vertiente aborda lo que se llama los riesgos adquiridos y se refieren a los estudios relacionados con los estilos de vida que los hombres y las mujeres desarrollan a lo largo de su vida y que se enmarcan en los contextos sociales donde se desenvuelven sus vidas; en tercer lugar, se encuentran las investigaciones sobre la diferencia de género en relación con cuestiones psicosociales que se adentran en la forma en que los dos sexos perciben y atienden los síntomas de las enfermedades; la cuarta vertiente está relacionada con la forma en que hombre y mujeres reportan su estado de salud, pues la información proporcionada por cada uno de ellos es sustancialmente diferente; finalmente, la última área de investigación entre género y salud considera el trato y la atención que el personal médico de las instituciones de salud brinda a los hombres y las mujeres.

En el caso de México es necesario destacar que aún en la atención de la salud reproductiva los servicios de salud tienden a no prestar atención, con programas parciales, las necesidades reales de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, sobre todo lo referente a embarazos no deseados, abortos realizados en malas condiciones y enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH-SIDA; todos estos temas reciben una mirada en dicho sector cargada del sesgo conservador patriarcal que predomina en la sociedad mexicana⁴.

Los múltiples estudios¹ realizados sobre la problemática de género y salud, de forma

sistemática indican que la mayoría de los perfiles epidemiológicos se elaboran con base en una visión que no problematiza la diferencia entre los sexos, pues se piensa que con decir cuántos son hombres y cuántas son mujeres en el sentido físico del sexo, ya se habla de género. De manera formal las estudiosas han señalado que las estadísticas en las que se apoya la vigilancia epidemiológica al centrarse en el simple registro por sexo no reflejan las condiciones de salud tanto individual como colectiva prevalecientes entre hombres y mujeres, lo que en última instancia conduce a la elaboración de políticas de salud que en realidad no aportan medidas de corrección de desigualdades entre hombres y mujeres^{5,6}.

Se ha establecido claramente por diferentes autoras¹ que si el análisis de la mortalidad y morbilidad se apoyará más en una perspectiva de género, que en las explicaciones provenientes del campo de la biología, los resultados interpretativos serían de mayor envergadura, toda vez que la perspectiva de género se adentra en el papel central que los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos asignan a las cuestiones de salud. Probado está que las desigualdades en salud analizadas con una perspectiva de género expresan de manera concreta la forma en que ambos sexos acceden a los recursos en salud, a los grados de autonomía para decidir sobre los cuerpos así como el asignar a las mujeres como únicas responsables de los cuidados relativos a la salud en el hogar, ya que ellas de forma desproporcionada asumen el cuidado de la salud de los niños/as y familiares cuando estos enferman⁴.

Es por demás notorio que las relaciones sociales que se establecen entre los géneros son primordiales para entender los grados de autonomía personal que las personas disponen. Aunque se reconoce que dicha autonomía está fuertemente condicionada por los procesos de socialización, las personas y la autonomía de que disponen son las que finalmente construyen activamente su identidad de género. En los aspectos de salud, las condiciones históricas derivadas del papel que las mujeres desempeñan –y que han interiorizado– en la reproducción y en la familia, la valoración y retribución social que del trabajo ellas reciben, así como una valoración impuesta de la preeminencia masculina sobre la femenina, resultan factores claves para entender las tensiones que se generan en la atención de la salud de las mujeres⁴.

Si la relación entre los géneros y la salud aún no ha sido debidamente visualizada, la situación se agrava cuando entran en consideración los medios masivos de comunicación, por su gran impacto en la reproducción de pautas culturales que afectan el comportamiento de las personas. Diferentes teóricos⁷ concuerdan en señalar de forma muy precisa que la influencia de los medios de comunicación en la construcción de las

representaciones sociales de lo que somos, de cómo nos vemos a nosotros mismos y cómo vemos a los "otros", son las más de las veces, contundentes para moldear la forma en que actuamos.

Wolf⁸ de manera categórica señala que los medios de comunicación tienen una sobrecarga de influencia en la sociedad al ser la principal fuente de información sobre todos los aspectos de la vida colectiva (por tanto son también los principales informantes sobre cuestiones de salud). De esta forma, los medios al tener un alto impacto en la creación de las representaciones sociales de la realidad que rodea a las personas se han constituido por excelencia en el agente socializador de mayor impacto en el medio social, pues la familia, la escuela, antes considerados los agentes socializadores por excelencia, se han debilitado, entre otras cosas, por la penetración de ellos en el ámbito social.

Aunado a ello son los medios los que las más de las veces definen lo que entra en la agenda pública y como tal ejercen diferentes formas de poder⁹. El primer poder que ejercen se refiere a decidir qué hechos, datos o ángulos de la realidad van a transmitir, por tanto pueden o no hablar de aspectos relacionados con salud. En segunda instancia tienen en sus manos el poder de contextualizar dichos datos, de manera que si la salud es un tema que ponen en la agenda pública, ellos también deciden de qué manera lo hacen, es decir, pueden o no utilizar una perspectiva de género. Finalmente, tienen el poder para jerarquizar la información que presentan, lo cual implica dos opciones, una es resaltar lo que dicen, mediante repeticiones continuas o dedicándoles grandes espacios al aire para que se mantenga en la mente de las personas, o la minimizan para que pase por alto y no dé tiempo a una reflexión al respecto.

Los estudios sobre las funciones y los efectos de los medios en el ámbito social han demostrado que la metáfora del espejo, en la cual se suponía que las representaciones de los medios reflejaban o debían reflejar la realidad, ya no es aceptable, pues más que reflejar la realidad los medios construyen discursos de ésta⁹.

En principio es reconocido que la comunicación de masas crea y transmite elementos de carácter normativo y de alguna forma homogeneiza valores al transmitir mensajes cargados de connotaciones simbólicas. Al efectuar estos procesos de comunicación los medios, al mismo tiempo que construyen conocimientos compartidos, tienden a reproducir determinadas valoraciones, las cuales responden a intereses muy particulares, convirtiéndose de esta forma en controladores sociales por excelencia, al marcar lo que se debe hacer y lo que no.

Maza¹⁰ refiere que los medios erigen una jerarquía de valores que dan sentido a las elecciones libres

que promueven, donde queda claro que prevalece la jerarquía de poder, tener y ganar. Además los medios tienen la capacidad de ambientar las conductas humanas, ya sea en la familia, la escuela o el trabajo; así, por ejemplo, se ha encontrado que la violencia hacia las mujeres generalmente la representan en un ambiente hogareño, lo que contribuye a reforzar el simbolismo de violencia en el hogar.

Un ejemplo claro del sesgo manejado por los medios es ver cómo se trata la violencia hacia las mujeres. En la televisión generalmente no se presentan consecuencias, dolor, trastornos psicológicos, emocionales o perjuicios financieros de las víctimas de la violencia. Lo que se hace es explotar la situación y se presentan más y más casos de violencia, mostrando la mayor parte de las veces cuerpos de mujeres semidesnudas, sumisas, vulnerables, maltratadas; esto por supuesto no puede pensarse que se hace de manera inocente, por el contrario los medios tienden intencionalmente a reproducir comportamientos humanos de acuerdo con un plan, sea político, económico, cultural o social⁹, que responde a los intereses de quienes son los dueños de dichos medios. Por supuesto, que a esta "homogeneización" de la violencia de los medios, se opone la acción de medios alternativos de comunicación como grupos de apoyo, de redes sociales, radios comunitarias, etc., que intentan revertir los efectos antes descritos.

Notorio es que los medios pasan durante todo el día programas que presentan cuerpos de mujeres esbeltas y jóvenes y posteriormente el mismo medio oferta una serie de productos que ofrecen bajar de peso, reducir tallas, eliminar grasa y que tiene detrás a los grupos industriales que viven de este juego; poco o nada se dice sobre los efectos que tienen a mediano o largo plazo en la salud de las consumidoras aunque a veces en un claro contradiscurso ponen al aire campañas contra la anorexia y la bulimia.

Si algo caracteriza a los medios de comunicación es la reproducción estereotipada de los roles masculinos y femeninos. Los estereotipos, especialmente los referidos a las cuestiones de género, son las creencias de las características de lo que deben ser los hombres y las mujeres en cuanto a sus comportamientos y actitudes se refieren, encontrándose anclados las más de las veces en visiones altamente conservadoras del debe ser.

De manera clara el interaccionismo simbólico, al analizar la connotación que socialmente representan los estereotipos, hace ver que estos son representaciones mentales que indican lo que una persona es para otra en un grupo social. Destaca en este análisis que la mayoría de las personas utilizan los estereotipos como referentes de verdad, pero raramente se llega a constatar la veracidad de estas representaciones. Característica indiscutible de los

estereotipos es que una vez contruidos y puestos en el imaginario social son muy resistentes al cambio y normalmente predisponen a las personas a actuar de manera rígida y conservadora.

Al manipular los roles de hombres y mujeres, los medios como televisión, radio, periódicos, revistas, e internet, tienden a asignar un papel e imagen altamente conservadores y degradantes hacia las mujeres. Es decir, los medios presentan a la mujer como "una mujer-objeto-para el uso-del otro¹¹." Así, la mujer es para algunas cosas vista como un objeto erótico, o es puesta en situaciones de abnegación, romanticismo y sacrificio que a veces raya en lo absurdo. Por ejemplo, la televisión normalmente las ubica en actividades secundarias para la sociedad como enfermeras, secretarias, presentadoras, amas de casa, criadas o modelos y en este último caso siempre las asocia con estar muy delgadas, lindas, perfectas en medidas corporales y jóvenes. Dado el gran impacto visual que este medio posee, parece que sólo les interesa proyectar a las mujeres ya sea en función de unos muy cuestionables parámetros de belleza física o como objeto ornamental.

Se sabe que la historia ha sido escrita por los varones y las mujeres están ausentes como protagonistas en la mayor parte del acontecer social. Los hombres al escribir sobre las mujeres normalmente se centran en aspectos biológicos, como responsables de la reproducción de la especie y cuidadoras de los hijos e hijas; esto en última instancia asociaba el intercambio entre grupos masculinos, reflejando el poderío de ellos, así como un espíritu, altamente cuestionable, de supremacía masculina¹². Este dominio patriarcal, cuando es referido a los medios masivos de comunicación hace que ellos controlen todo lo relacionado con la promoción de salud y la prevención de las enfermedades de las mujeres.

Los problemas de las mujeres en los medios se traducen en los problemas de los hijos, del esposo, del hogar, los problemas incluso de los amigos o del novio. En realidad a los medios poco les importa tratar con justicia y equidad el problema de igualdad entre los sexos, pues desde la perspectiva funcionalista a ellos lo que les interesa es reproducir roles repetidos, rígidos, conservadores, que en muchas ocasiones ya no responden a una realidad social. Piénsese sino el cambio sobre la jefatura del hogar en la vida real y la que promueve los medios; de hecho, la figura de madre soltera hoy en día ya se ha convertido en un estereotipo mediático.

Una revisión de los diferentes medios demuestra que la cobertura sobre cuestiones de salud es abundante en revistas, suplementos, radio, televisión e internet, pero todos ellos lo hacen de manera muy superficial o mandan mensajes sobreestimados de la imagen corporal de las mujeres, especialmente los relacionados con la apariencia física que en última instancia lleva

subyacente el aspecto erótico sexual de agradar a los hombre, o las ubican como las abnegadas madres/esposas responsables del cuidado de la familia, al margen de sus propias necesidades.

En las campañas de vacunación, el sector salud a través de los medios exhorta a las madres a cuidar que sus hijos/as las reciben pero no consideran la responsabilidad del varón en estos aspectos. En la difusión de medidas sobre la planificación familiar desde los setenta, poco énfasis se hace para concientizar que el embarazo es un compromiso de dos, por el contrario se deja a las mujeres todo el peso de las responsabilidades sobre cómo evitar el quedar embarazada.

Una revisión detallada de cómo son tratados por los medios de comunicación¹³ las cuestiones relacionadas con la salud de las mujeres, como los aspectos sobre las diferentes etapas de su vida, sus derechos sexuales, reproductivos o la violencia hacia ellas, no hace más que mostrar que en la mayor parte de las situaciones o se responde con actitudes moralistas como en el caso de los derechos sexuales en que se evade discutir la preferencia sexual de ellas (aunque en estricto sentido del concepto género, la sexualidad de los hombres tampoco la abordan o cuando lo hacen reflejan valores altamente conservadores); o en los derechos reproductivos donde se niega el derecho a decidir sobre su propio cuerpo; o se permean en los mensajes los intereses de grupos como los relacionados con las industrias de la moda, la belleza y la farmacéutica, que sólo ven a las mujeres como clientes para sus productos sin importar el impacto que éstos tengan en su salud.

Es indiscutible que no sólo las mujeres pierden en este manejo sesgado de la salud en los medios de comunicación. Los hombres también se encuentran inmersos en este marasmo controlador de la decisiones individuales, que los hace asumir comportamientos de no cuidados hacia su salud reflejando con ello por un lado, una concepción de cómo "deben" comportarse los hombres, que poco los ubica como seres llenos de necesidades; por otra parte, reafirma la posición de que cuando se habla de género es un acercamiento a la situación de las mujeres, toda vez que ellas se encuentran mucho más vulnerables ya que se les trata como "objeto para otros", es decir, los hombres.

En suma, la salud integral de las mujeres no se promueve a través de los medios de comunicación y cuando los ministerios o secretarías de salud tratan de intervenir para modificar este manipuleo se enfrentan, entre otras cosas, a sus propias visiones conservadoras como las que los medios representan. Las presiones hacia las mujeres por un determinado estilo de salud no hacen más que evidenciar que si bien las mujeres han accedido aunque con limitantes a los mundos públicos del trabajo y la política, antes

vedados a ellas, la sociedad, en parte a través de los medios de comunicación, continúa manteniendo los controles de dominación patriarcal que prevalecen desde hace varios siglos.

No pueden cerrarse estas reflexiones sin plasmar algunas consideraciones de lo que debiera hacerse para corregir la situación que se ha venido exponiendo. Es innegable que el punto de partida es la concientización de lo que es la problemática de género. Tratar de convencer al sector salud y a los medios de comunicación de que cambien su mentalidad se asemeja a la batalla de David contra Goliat, pero a diferencia de este último el modelo patriarcal no puede cambiarse de una pedrada.

Cambiar valores, actitudes y comportamientos de los grupos sociales es tarea difícil mas no imposible. La lucha feminista así lo demuestra, pero aún se requiere hacer mucho más y para lograrlo se hace necesario convocar a todos los actores sociales que intervienen en los cambios sociales. Si bien existen grupos de mujeres y hombres que están conscientes de la situación de desigualdad entre los sexos, es urgente incorporar e involucrar a un mayor número de organizaciones civiles, de grupos feministas, de legisladoras/es, de funcionarias/os, pues en este proceso de cambio es tarea impostergable.

En el plano de la salud se hace necesario llevar la lucha a la búsqueda de políticas públicas con una visión de equidad. Los agentes de salud no sólo intervienen en acciones colectivas y públicas de una sociedad, también lo hacen en esferas muy íntimas de la decisión personal como la reproducción. En este sentido, la salud debería entenderse, por estos agentes, con una perspectiva de género y las políticas públicas para enfrentar los problemas colectivos de salud deberían orientarse en este sentido y verse de forma transversal en todos los sectores del sistema social. No es posible pensar en una política de salud que pretenda abordar problemáticas como obesidad, anorexia, bulimia, alcoholismo, de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazos no deseados, sin una perspectiva en que se reconozca que los perfiles sociales entre hombres y mujeres son diferentes, pero sobre todo que se admita el derecho de ellas a decidir por sí mismas.

En esta lógica de argumentación, si dentro del sector salud existe una insuficiencia notable de conciencia sobre la problemática de género, poco es de esperarse que al utilizar los medios de comunicación para algunos programas preventivos, los mismos no vayan sesgados con la visión patriarcal que predomina en el sector. Para modificar esta situación se hace necesaria la intervención de las feministas y de los hombres comprometidos con esta problemática –grupos de la sociedad civil, legisladoras, funcionarias, médicas– que impulsen una concientización sobre la problemática y busquen replantear la actuación del sector.

Combatir la forma sesgada que de la salud de las mujeres hacen los medios de comunicación es enfrentarse a una problemática doble. Por una parte, la participación femenina dentro de la estructura de los medios es relativamente pequeña. Como todas las estadísticas lo demuestran el mundo de la comunicación es uno masculino, especialmente en las áreas donde se toman decisiones. No es de esperarse que este mundo tenga una perspectiva de género en su actuación.

Por otra parte, los grandes intereses que se encuentran detrás de ellos, como las industrias de la moda, la belleza y la farmacéutica, no buscan la protección de ellas; a estos grupos poco les importan los riesgos, así como las contraindicaciones y limitaciones que los productos que venden tienen sobre la salud de las mujeres. Lo que les interesa es vender y para ello, sin importar el costo, utilizan de manera abrumadora todas las técnicas disponibles de la publicidad. ¿No debería el sector salud sentirse responsable por estas acciones dañinas hacia la salud de las mujeres? ¿No deberían actuar en favor de ellas?

Modificar la forma manipuladora que de las mujeres realizan los medios de comunicación es complejo. Por un lado, se requeriría una enérgica intervención de las legisladoras para crear la normatividad que controle la situación antes descrita; por otra parte, la Secretaría de Salud tendría que asumir el compromiso de hacer efectiva la normatividad establecida.

Aunque desde 1980 la ONU reconoció que los medios de comunicación frenaban el avance de las mujeres debido a la reproducción de actitudes basadas en patrones culturales que para entonces ya resultaban obsoletos. Para ello instaba a los gobiernos a regular la práctica de éstos y monitorearlos, con la finalidad de que fueran agentes integradores que permitieran avanzar en la participación de las mujeres, lo cierto es que diez años después esta misma organización volvió a recalcar que la perpetuación en los medios de comunicación de las imágenes estereotipadas, en particular, la glorificación de los roles tradicionales masculinos y femeninos, retrasaban el avance de las mujeres al proporcionar justificación para un statu quo desigual.

Hacia 1995 seguía viéndose que las imágenes de las mujeres, construidas y transmitidas por los medios de comunicación, continuaban limitadas a los papeles que el patriarcado les ha asignado a través del tiempo, como madres, esposas y objetos sexuales, y las recomendaciones hechas a los gobiernos para modificar los significados culturales de subordinación de las mujeres no habían sido tomadas en cuenta¹⁴.

Precisamente en la Conferencia de Beijing de 1995 se consideraron dos objetivos estratégicos

en el Plan para la Acción, que atendían a la necesidad, por una parte, de conseguir un mayor acceso y participación de las mujeres en los puestos de expresión y decisión de los medios de comunicación y, en segundo lugar, de promover una representación equilibrada y no estereotipada de las mujeres. México firmó y adoptó los compromisos que le obligaban a combatir la discriminación por razones de género. Los acuerdos firmados respondían de manera amplia a lo señalado por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y a Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, mejor conocida como la Convención de Belem-Do-Pará).

Este compromiso que condujo a la expedición de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia enmarca de manera clara el papel que debiera jugar el sector salud en estos aspectos. Por otra parte, se reconoce que existen avances en materia de salud sexual y reproductiva como el acceso de las mujeres a la interrupción legal del embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación en el DF y varias campañas para respetar las preferencias sexuales de las personas, pero esto no es una generalidad en el país. Notable sigue siendo el desempeño sesgado de los medios, ya que sus campañas están más orientadas a manipular las decisiones de las mujeres, con aspectos moralistas que las señalan, las cuestionan o incluso las estigmatizan, cuando ellas deciden tomar el control sobre su cuerpo.

Si bien parecería una lucha de titanes el pensar en la modificación de la actuación de los medios de comunicación, lo cierto es que la existencia de las redes Nacional, Latinoamericana e Internacional de periodistas con perspectiva de género es un claro ejemplo de cómo se intentó modificar la visión de editores, directivos y compañeros, que piensan que al desagregar los datos por sexo ya están hablando de género.

En este sentido, la Red Nacional de Periodistas (1995) nació en la Ciudad de México por la falta de difusión de los asuntos y las realidades de las mujeres a través de los medios de comunicación. Desde sus inicios la Red ha buscado impulsar que en los medios masivos las mujeres sean vistas no como objetivos, sino como personas poseedoras de los mismos derechos humanos y, por tanto, capaces de tomar decisiones sobre su vida de una forma integral. Una de las cosas importantes a lograr dentro de los profesionales de la comunicación sería que el código deontológico de los medios de comunicación integrara la perspectiva de género, ya que permitiría corregir el abordaje sesgado, estereotipado, que de ellas hacen la mayoría de estos profesionales.

¿Difícil y controvertida la situación explorada en este ensayo? Indiscutiblemente que sí, pero si no se asume el reto de cambiar estas interrelaciones complejas entre el género, la salud y los medios de comunicación, se corre el riesgo de agravar los problemas de salud colectiva, lo que implicaría en el mediano y corto plazos un deterioro social que no puede ser permitido en términos de una justicia social.

Referencias bibliográficas

1. Langer A. Lozano R. Condición de la mujer y salud. El Colegio de México. México. 1998.
2. Cardaci D. Salud, género y programas de estudios de la mujer en México. México: UNAM; 2004.
3. Szas I. La condición social de la mujer y la salud. El Colegio de México. México. 1995.
4. Standing H. El género y la reforma del sector salud. Washington: OPS; 2000.
5. Martínez C. Cinco notas en torno a la investigación "Condición de la mujer y salud". En: Figueroa JG (compilador). La condición de la mujer en el espacio de la salud. México: El Colegio de México; 1998.
6. Hanson K. La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. Washington: OPS; 2000.
7. Bálaguer Callejón ML. La mujer y los medios de comunicación de masas: el caso de la publicidad en televisión. Málaga, España: Ed. Argual; 1985.
8. Wolf M. Los efectos sociales de los medios. Barcelona: Paidós; 1994.
9. Carreño J. Para entender los medios de comunicación. México: Nostra Ediciones; 2007.
10. Maza E. Medios de comunicación: realidades y búsquedas. México: Universidad de la Ciudad de México; 2003.
11. Herrero C. Mujer y medios de comunicación: riesgos para la salud. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2005; Vol. I: 55-75.
12. Chaheer S. Santoro S. Las palabras tienen sexo: Introducción a un periodismo con perspectiva de género. Argentina: Artemisa Comunicación Ediciones; 2007.
13. Cebrian M. Información televisiva. Mediciones, contenidos, expresión y programación. Madrid: Síntesis; 1998.
14. López P. Protocolo de actuación periodística y publicitaria sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y tratamiento informativo de la violencia de género [Internet]. Cantabria. Gobierno de Cantabria. 2007. [Citado 2008, Nov 17]: 9-39. Disponible en: http://www.pilarlopezdiez.eu/documents/protocolo_Cantabria.pdf.