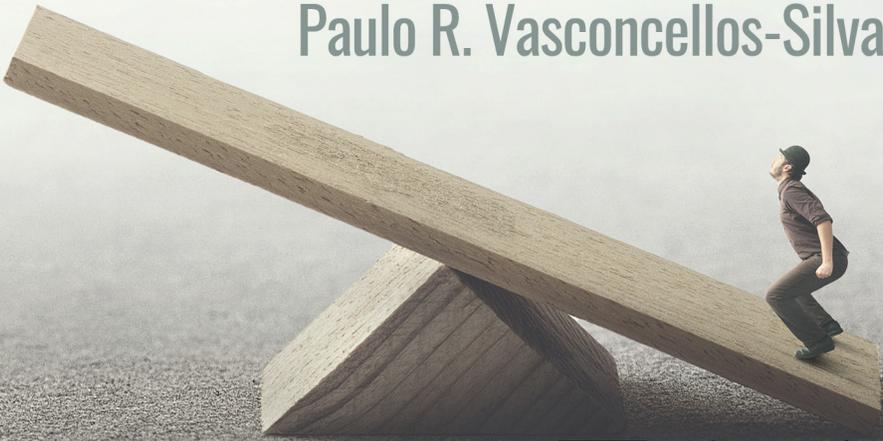


Precariedades del exceso



Información y comunicación
en salud colectiva

Luis D. Castiel
Paulo R. Vasconcellos-Silva



Colección Cuadernos del ISCo

Títulos publicados (para acceder a los libros, pulsar en el título)

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras), 2020

Pensar en salud
Matio Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y gestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Mario Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadiv de planificación popular
Carlos Matus, 2021

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Precariedades del exceso

Información y comunicación
en salud colectiva

Luis David Castiel
Paulo Roberto Vasconcellos-Silva



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Castiel, Luis David

Precariedades del exceso : información y comunicación en salud colectiva / Luis David Castiel ; Paulo Roberto Vasconcellos-Silva. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2022.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Hugo Spinelli ; 26)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-14-8

1. Tecnología de la Información y las Comunicaciones. 2. Nuevas Tecnologías. 3. Salud Pública. I. Vasconcellos-Silva, Paulo Roberto. II. Título.

CDD 362.04

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Jorge Arakaki*

Fotografía de tapa: *Francescoch*

Corrección de estilo: *Gabriela Presentado*

Diagramación: *Griselda Marrapodi*

Título original: *Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva*

Primera edición en portugués: 2006

Agradecemos a la Editora Fiocruz, por la autorización para la publicación de este texto en español.

© 2022, Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva

© 2022, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-14-8

DOI 10.18294/9789878926148

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

*Muchas gracias a las personas que colaboraron
en la versión del texto al idioma español:
Adauto José de Araújo, Ana Paula Maricato,
Carlos Machado de Freitas, Marília Sá Carvalho.
a Juan Samaja y Hugo Spinelli.*

Para Marcia y Carolina (LDC)

Para mis hijos, pacientes y alumnos (PRVS)



Índice

Presentación	1
Capítulo 1 Interfaz Internet/s@lud	11
Capítulo 2 Prótesis de la comunicación y sus excesos	41
Capítulo 3 Educación en salud: de la ortopedia moral a la epidemiología de la desinformación	59
Capítulo 4 Medicina basada en e-evidencias: encantos y desencantos	79
Capítulo 5 Bioinseguridad, ética y comunicación en salud colectiva	95
Bibliografía	111



Presentación

Una forma de iniciar un libro como este consistiría en explicitar las dificultades para definir referenciales estables para estudiar la contemporaneidad. Por lo tanto, antes de continuar con estas breves notas introductorias, es preciso aclarar de inmediato nuestro punto de vista. Implica asumir la miopía de nuestros instrumentos de lectura frente a la aceleración vertiginosa que caracteriza la velocidad de la época. Si vale la analogía, tal vez necesitemos recursos de investigación que operen de modo *nistagmático*, mimetizando los incesantes movimientos oculares de modo que permitan acompañar la presente velocidad sociotécnica.

Sin duda, hay una polarización que acompaña al estudio de la técnica. Con el vigoroso desarrollo de las tecnologías de información y comunicación (TIC), resurgen los debates —por regla general, no conclusivos— sobre la cultura cibernética entre aquellos que son calificados de tecnofóbicos (pesimistas apocalípticos) y los que son llamados tecnofílicos (optimistas integrados) (Balandier, 1999).

No parece posible seguir la sabiduría popular y posicionarse en un punto equilibrado, a medio camino, donde estaría el lugar de la sabiduría. Hay situaciones específicas en las que la mejor posición parece ser la primera perspectiva, mientras que en otras ciertamente es la segunda. Pero en muchas aún no es posible alcanzar conclusiones satisfactorias a mediano plazo, pues, en estas circunstancias, faltan elementos para poder emitir cualquier juicio sensato. Es más, en la actualidad, la propia idea de *conclusión* está lejos de representar sabiduría.

Aun así, no podemos sustraernos a los desafíos de buscar alguna inteligibilidad para los muchos signos y enigmas que no paran de presentárenos cotidianamente. Pocos deben no estar de acuerdo frente a las afirmaciones de que estos tiempos son especialmente prolíficos en términos de exceso de signos paradójicos, ambivalentes e inestables. Tiempos de tecnicismo, individualismo y consumismo, y de consumo de tecnicismo individualista.

La temática aquí abordada representa una faceta específica del espíritu de esta época, en la cual las TIC asumieron una dimensión esencial en múltiples niveles de la vida social. Uno de los signos de este contexto puede ser hallado en el omnipresente teléfono celular. Este aparato adquirió estatus de objeto fetiche en el ámbito del consumo, y al mismo tiempo que aumentó enormemente las posibilidades de comunicación, participó activamente en la transformación de la privacidad en las conversaciones interpersonales. Más aun, los teléfonos celulares transforman patrones de sociabilidad. Permiten la ampliación de la privacidad y autonomía en relación con los teléfonos fijos, al acotar —si fuere de interés del usuario— el posible monitoreo de terceros, al aumentar los espacios de comunicación más allá de contextos inmediatos. Pero, simultáneamente, generan nuevas formas de control, como en el caso de la utilización por parte de adolescentes, incentivada por los respectivos padres, ansiosos por la actual inseguridad urbana (Sorj, 2003). Si los individuos se

hicieron cada vez más fácilmente localizables, surge un tipo más de tensión en la sociabilidad actual: la incomodidad del *otro no localizable*. ¿Cuáles serían las razones que rodean la dificultad de contacto? Claro que también ocurre una ampliación de los intercambios orales mediatizados por la telefonía celular vinculados a futilidades cotidianas que se sobredimensionan en imperativos que solo se justifican por el contacto ágil.

Los celulares participan activamente en la disociación entre localización y comunicación. El “¿quién habla?” o “¿con qué número desea hablar?” como saludo en el uso del teléfono fijo, que solicitaba la identificación del número o del interlocutor o del lugar donde el aparato era atendido fue reemplazado por el “¿puedes hablar ahora?” en el celular, indicando tanto la identificación individualizada del usuario como la imprevisibilidad del lugar y de las circunstancias que rodean el atendimento del aparato.

Para el pensador francés Michel Serres (2003), los celulares y computadoras personales portátiles con acceso a la gran red serían nuevos *objetos-mundo*, pues constituyen instrumentos que permiten el acceso a cualquier parte del planeta y, así, hacen viable el acceso global en el espacio en tiempo real. Los propios celulares pueden disponer ahora, por sí solos, de acceso a Internet, convirtiéndose prácticamente en un objeto-mundo omnipotente, emblema mayor de estos tiempos que nos hacen vivir, pensar y sentir desenraizados, fuera del lugar marcadamente estable representado por la dirección de residencia y los teléfonos fijos.

Hay indiscutibles ventajas en la simultaneidad espacio-temporal de nuestras acciones proporcionadas por estos objetos técnicos, posibilitando diversos órdenes y niveles de accesos, contactos e intercambios. Es evidente la utilidad de varios productos tecnológicos de consumo en términos de propiciar confort en la moderna vida cotidiana. Aun así, sus efectos pueden asumir dimensiones excesivas y convertirse rápidamente en adversos, provocando disfuncionalidades. Un ejemplo habitual en el día a día es el relativo al uso de los automóviles en grandes centros urbanos, cuyo confort —al permitir rápidos desplazamientos— puede tornarse inviable frente a los frecuentes embotellamientos que asolan la vía pública.

Junto a los obvios aspectos positivos de las redes comunicacionales, tendríamos un estrechamiento espacial a favor de la velocidad de la perspectiva *on-line*. El exceso de información tópica participa de un cuadro de desinformación estructural. Un síntoma de esta manifestación puede ser representado por el estado de confusión laberíntica eventualmente sentido por aquellos que se dedican a largas actividades de navegación por Internet, donde perdemos la orientación y/o nos apartamos de los contextos iniciales que inspiraron la búsqueda. Encontramos aquí síntomas compatibles con una contaminación *ambiental* que Paul Virilio (1999) denominó “dromosférica” (de *dromos*, carrera). Este neologismo se refiere a una forma de agresión del espacio-tiempo planetario originaria del perfeccionamiento de vehículos tanto de transporte como de comunicación. Así, entre sujeto y objeto se pierde algo crucial —el trayecto— como efecto de la contracción espacio-temporal producido por las TIC, haciendo que el tiempo se restrinja a un eterno presente amnésico.

Si la gran red posibilita la difusión de informaciones de salud como nunca ocurrió, por otro lado, frente a la respectiva profusión desmesurada, el control de la calidad de estos contenidos por el momento aún es muy problemático. Además, si los bancos de datos sobre pacientes pueden facilitar la manipulación de las informaciones clínicas y facultar atenciones más efectivas, conllevan también serias cuestiones de violación del secreto y la confidencialidad de las personas.

Un ítem preocupante incorporado entre los varios procesos simultáneos de lo que se convino designar como *modernidad tardía* (o, con la debida indulgencia de los lectores, nos tomamos la libertad de llamarla, en el contexto brasileño, parafraseando el lema inconfidente: *modernidad aunque tardía*) se refiere a los síntomas referentes a los sentimientos de desenraizamiento que se manifiestan con las grandes transformaciones sociales ocurridas en las últimas décadas. Sufrimos cada vez más la inestabilidad en las matrices simbólicas espacio-temporales instituyentes de nuestras identidades, especialmente aquellas relacionadas a la pertenencia localizada en términos de rituales y costumbres con demarcaciones específicas de lugar y de temporalidad.

En las brechas de este desenraizamiento, Internet que nació *Revolucionaria* (con mayúscula), en la connotación transgresora del término, libertaria, sin amarras regulatorias, devino apenas *revolucionaria* (con minúscula): un fantástico medio de localizar tesoros, fragmentos o residuos cognitivos. Internet es revolucionaria por la ilusión de simultaneidad, eternamente incompleta en retratar y divulgar incompleteness que, en su conjunto y a la distancia, se asemejan a la torre de Babel que intenta alcanzar el firmamento (como será tematizado en el capítulo 1). Comunicación ágil, transmisión masiva de datos en tiempo real a la atemporalidad trascendente de los medios: este es el paquete adquirido por la sociedad del consumismo e individualismo tecnicista. Una revolución de técnicas transmisionales que nos aíslan en un océano de fragmentos de informaciones.

Además de no permitir la equivalencia de las diversas manifestaciones de la condición humana, la presente reducción espacio-temporal aumenta la polarización y los antagonismos. Se libera una determinada elite de las amarras territoriales, *deslocaliza* significados productores de pertenencia y mantiene restringidos otros grupos que tienen debilitados sus vectores estabilizadores de significados e identidades (Bauman, 1999).

A primera vista, el título de este libro pretende designar un paroxismo por medio de una paradoja (figura del lenguaje que contrapone dos ideas aparentemente antagónicas). Más allá de un juego retórico pedante, se trata de destacar en *precario* las ideas cuantitativas de *escasez*, *insuficiencia* —aquello que está por debajo de la medida—, y en *exceso* la noción de *aquello que sobra*, *exagerado*, que sobrepasa la medida. En síntesis, se trata de explorar críticamente el hecho ambivalente de que, al lado de las indiscutibles ventajas tecnológicas, existe una considerable pérdida de las medidas. ¡Qué simple es convertir excesos en escasez, en ausencia de sentidos! Por las flaquezas de una friabilidad identitaria, apenas nos damos cuenta de nuestra incompetencia en la demarcación de juicios de valor económico, moral y existencial.

Bajo este punto de vista, las medidas establecidas por los sistemas modernos de ordenamiento normativo se debilitaron frente al monumental vórtice de los excesos producidos por la actual sociedad de consumidores, movidos por las incansables tentaciones localizadas en la enorme abundancia de opciones y ofertas de mercaderías, bienes y servicios. Frente a esta atmósfera de seducción intensa y constante, resulta que las normas que organizaban el comedimiento y la templanza se deshacen. El exceso pasa a ser el patrón de referencia y se achica mucho el espacio de las contenciones normativas. El exceso, antes encarado como descontrol que conducía al desperdicio y debía ser evitado, ahora es deseado como *norma*, y se resignifica en la ampliación casi ilimitada de posibilidades, más allá de los controles, que son encarados como restricciones inconvenientes. Paradójicamente, frente a este cuadro proliferan tentativas de mantenimiento de control de situaciones que tienden a la inestabilidad, como es el caso de los intentos gubernamentales de monitorear preventivamente estrategias terroristas.

Nada es demasiado si el exceso se hace *norma*. En este caso, la idea familiar de norma tiende a deshacerse, y se perciben *modos de ordenamiento* basados en ejercicios despojados de la fuerza, más allá de las reglas de convivencia, de preceptos éticos y de la idea apaciguadora de normalidad. Hay indicios de que nuestra era se instituye atravesando los paisajes normativos, *más allá de las normas*, tiempos en los cuales pasaría a tener vigencia algo del orden —si permiten la expresión (originaria de la geometría moderna)— de la transnormalidad, una estabilidad precaria dentro de los excesos, apartada de las condiciones usuales de equilibrio. Así, el exceso deja de ser considerado como algo concreto que se pierde, para ser una referencia que remite a ganancias y placeres, actuando como ilusión seductora, como virtualidad imposible de ser actualizada en su totalidad para sujetos heterónomos, vulnerables, pero que no se someten a normas, aun pagando caro por ello. Bauman sugiere que el exceso se constituye en un precepto de la razón contemporánea, en una existencia de exposición frenética a la apertura y a la experimentación hedonista, más allá de dictámenes contables comedidos. De allí las dificultades planteadas por preguntas que carecían de sentido algunas décadas atrás: ¿en qué circunstancias el exceso pasa a ser demasiado excesivo y el desperdicio pasa a ser considerado pérdida? (Bauman, 2003).

La idea de una cultura del exceso, donde hay una racionalidad hipermoderna, donde *todo* se convierte en *hiper* (hipermercado, hiperpotencia, hiperterrorismo, hipertexto, hiperetcétera), fue tematizada también por Lipovetsky & Charles (2004). Estos autores intentan mantenerse en una posición aparentemente más equilibrada, al argumentar que esta sería una cultura esquizofrénica —al intentar combinar exceso y comedimiento— en la que conviven los sentimientos de transposición de los límites con las pérdidas de las referencias provenientes de las tradiciones. Al mismo tiempo, ocurriría un movimiento de moderación que valoriza principios normatizadores volcados, por ejemplo, hacia el mantenimiento de la salud a través de la prevención y de la profilaxis (que a veces asumen proporciones excesivas). Hay una perspectiva hiperfuncional tecnocientífica que opera, cada vez más, con criterios de eficacia y operacionalidad mensurables. Hay, también, disfuncionalidades con la destrucción

de límites que pueden manifestarse a través de varios tipos de adicciones, depresión, bulimias, anorexias, violencia, criminalidad. Simultáneamente, existirían normas como el respeto a los derechos del hombre, los valores éticos, la salud, el amor (Lipovetsky & Charles, 2004). Los autores parecen no detenerse en las posibilidades de que las normas postradicionales tal vez hayan asumido un carácter más fluido, dejando de presentar el peso normativo estructurante que las normas tradicionales poseían, pasando a asumir un formato de directriz o patrón de procedimiento entre otros posibles, frente a las muchas opciones en los modos de sobrellevar la vida.

Ahora, si nos desplazamos hacia un eje semántico cualitativo, que incluya juicios de valor, pasaremos a lidiar con significados relativos a la *poca o ninguna estabilidad*, o a lo *incierto, contingente, o inconsistente*. Y aun con acepciones con connotaciones vinculadas al campo biomédico: *con poca resistencia, frágil, débil*. Es más, en términos de salud se sabe que *exceso*, al indicar también apartamiento de la norma —cara a la fisiología—, no indica estados de salud regidos por la noción de normalidad.

Además, la curiosa etimología de *precario* —“obtenido por medio de plegaria; concedido por merced revocable; tomado en préstamo; pasajero” (Houaiss & Villar, 2001)— nos lleva a una digresión. Explorando esta connotación religiosa de modo tal vez excesivo, ¿será posible pensar que la profusión paroxística de objetos-mundo puede llevar a los humanos a pagar alguna pena prometeica, en caso de que conviertan en irrevocable esta merced que, a su vez, perdería la condición de dádiva? Al apropiarse de los supuestos poderes de omnipresencia/omnisciencia conferidos por tales objetos, en el afán de minimizar la precariedad humana, esta, a su vez, ¿se reactualizaría bajo nuevas formas? La merced, a pesar del carácter pasajero de concesión, era viabilizada por medio de preces para alcanzar la intervención de poderes divinos. ¿Será que el asumir la condición de exceso, tal vez inexorable, el perder el control, hace que las entidades divinas se retiren de escena y dejen a los humanos atónitos, a su propia merced?

En otras palabras, considerando esa argumentación por fuera de los teologismos anteriores, cabe indagar si la transitoriedad que caracteriza a las precariedades que estamos analizando se enraizaría de modo más profundo. ¿El estado de inconsistencia y de incerteza que marca nuestra época deja, entonces, de tener trazos pasajeros para pasar a asumir un carácter menos contingente? Como muchas cuestiones propias de la perplejidad de la actualidad, estas son preguntas perturbadoras, con seguridad portadoras de altos tenores de inconveniencia, una vez que son imposibles las respuestas categóricas. Aun así, la formulación de preguntas de este tipo sirve de contrapunto para llamar la atención hacia la precariedad de los excesos de discursos tecnicistas de cuño neoconservador que brotan en estos tiempos.

Obviamente, el título de un libro como este —no ficcional— debe indicar sintéticamente el tema tratado por la obra y, si está bien logrado, portar con eficacia la identidad del texto de modo que represente con propiedad el desarrollo consistente en sus articulaciones. Esto parece algo relativamente trivial, si no fueran estos tiempos aquellos en los que los ambientes académicos —seguramente los de la salud colectiva— demandan alta productividad volcada especialmente a generar artículos publicados en revistas bien conceptuadas, pues esta se constituye en una moneda

importante para la valorización de investigadores, sobre todo en la búsqueda de financiación para la continuidad de sus proyectos de investigación. La publicación de *papers*, de este modo, será considerada a partir de puntajes basados en criterios de evaluación bibliométrica, que incluyen el *pedigree* (también con puntajes) de los periódicos donde son aceptados los artículos.

En este contexto, los libros tienden a ser menos valorizados, supuestamente en función de que muchas editoras no cuentan con consejos editoriales que realicen la revisión y selección por pares con las mismas condiciones de experticia y objetividad (aparentes) de los periódicos científicos con alta puntuación. Claro que estos aspectos son pasibles de discusión y varias editoriales de revistas consagradas procuran perfeccionar las limitaciones de estas estrategias, pero estos aún permanecen como criterios decisivos en los procesos de publicación de textos académicos en nuestro medio.

No es nuestro propósito profundizar en los méritos de este sistema ni discutir efectos adversos del *furor publicandi* que puede acometer a las comunidades académicas y que, de alguna forma, también participan de este actual estado de cosas (cabe indicar que tal situación ilustra posibles precariedades del exceso de artículos, periódicos, etcétera, que alcanza a algunos ambientes académicos).

Sin embargo, los autores de este libro no son impermeables a estas imposiciones. Gran parte del material aquí presentado tuvo la oportunidad de haber sido elaborado y difundido en periódicos académicos del área, obedeciendo a sus correspondientes instrucciones y restricciones, sobre todo aquellas relativas a los excesos de extensión de los artículos. Así, si un libro como este termina, inevitablemente, ofreciendo material que ya fue publicado en revistas científicas, por otro lado, permite una interesante reapropiación autoral al permitir su revisión y la utilización de formatos mucho más cercanos a aquellos que una vez configuraron los manuscritos originalmente concebidos, pero que sufrieron modificaciones al ser preparados para someterse a las revistas. En otras palabras, intentamos retomar una cohesión estructurante en el material disperso en *papers* por los dictámenes del mundo académico contemporáneo.

El enfoque crítico de este libro se dirige a distintos aspectos de las TIC —donde se destaca el uso de Internet— que vienen marcando acentuadamente el campo sanitario contemporáneo. Partimos de la premisa de que las cuestiones de salud colectiva abarcan cada vez más dimensiones estructurantes atravesadas por recursos y objetos comunicacionales.

La elección del título aún merece comentarios. Una buena titulación no debe demandar mayores explicaciones. Se impone por sí misma al designar la temática de la obra con elegancia, objetividad y concisión (entre otros aspectos estilísticos). Sin embargo, al mismo tiempo, también necesita tener algún tipo de recurso para despertar la atención de posibles interesados y hacer que se descubran portadores de la imperiosa necesidad de adquirir el objeto ofrecido...

El inicio de este —preferentemente— sutil proceso debe permitir que el estímulo sea suficiente, por lo menos, para llevar a la manipulación del objeto. O, entonces, en el caso de que el potencial lector esté en la práctica cada vez más incidente de

navegación internética, acceda en la red a más informaciones sobre autores, temas, etcétera. Se sabe que este proceso, en sí, acarrea una alta necesidad de sentido selectivo para moverse —en general— en medio de la excesiva cantidad y extensión de datos e informaciones que transitan la Gran Red. Nótese que esta posibilidad ya insinúa los síntomas de precariedad y de exceso a los que nos estamos refiriendo. Sin embargo, al mismo tiempo, a pesar de no aparecer explícitas en el título —porque hasta incurriríamos en una despropositada redundancia—, no podemos descuidar en contextos socioeconómicos como el nuestro las precariedades relativas a la propia escasez del acceso a la gran red, a equipos, a programas y a la racionalidad computacional, problema que acostumbra recibir designaciones como “exclusión/*apartheid* digital”.

La idea de precariedad del exceso comunicacional está lejos de ser original. Ha sido explorada recientemente por varios teóricos de la comunicación (Lévy, 1995; Castells, 1999; Negroponte, 1995). Más aún, cincuenta años atrás, Jacques Ellul (1954) publicaba en Francia su clásico *La sociedad tecnológica*. En él realizaba afirmaciones proféticas sobre los efectos de la técnica moderna y sus productos sobre la homogeneización mundial de la cultura, la aceleración del ritmo de la vida cotidiana, la extinción de ambientes naturales, la ampliación de las características tecnológicas y comunicacionales en el mundo del trabajo, las transformaciones en los ámbitos de la política, la educación, las viviendas, el ocio y en el desarrollo de tecnologías biológicas (en el nacimiento y procreación, en los desempeños fisiológicos).

En 1993, Ivan Illich, en un homenaje a su maestro, señala que adoptó el concepto elluliano de *técnica* porque permite identificar (en sus varios campos de estudio, que incluyen la medicina y otras actividades científicas) el umbral en el cual los emprendimientos técnicos absorben, conceptual y físicamente al cliente en el instrumento; los umbrales en que los productos de consumo convierten a los consumidores en cosas consumibles por los propios objetos; donde el ambiente de la técnica transforma en números a aquellos que son asidos en su interior; donde la tecnología se transforma en Moloch al demandar sacrificios terribles a sus adeptos (Illich, 1993).

De la misma manera, pasada más de una década y media, las afirmaciones de Baudrillard (1987) sobre los *mass media* electrónicos —con lugar destacado para la televisión— permanecen sumamente pertinentes y perfectamente ampliables al campo de las TIC. Dice él, con razón, que existiría un proceso irreversible que no genera crecimiento, y sí el *exceso* en el interior de una espiral progresiva: plétora de signos, mensajes, datos, informaciones. Ocurriría, así, una mezcla de los diversos órdenes de realidad, con el desvanecimiento de las diferencias y contrastes.

Este mundo hipercomunicativo presenta ambivalencias que pueden manifestarse en la coexistencia de dimensiones tecnológicas innovadoras, con facetas ideológicas conservadoras, cuyos efectos implican tanto el aumento asombroso en el acceso a informaciones, con innegables resultados, como también —al no disponer de mecanismos satisfactorios que aseguren la correspondiente consistencia— amplían atterradoramente la posibilidad de manipulaciones, seducciones, fatalidades. Este conjunto de textos asume una perspectiva eminentemente crítica al enfocar determinados ángulos de las transformaciones proporcionadas por las TIC en el campo

de la salud colectiva. Es necesario enfatizar que esta postura no significa, de forma alguna, rechazar de modo miope, las diversas ventajas propiciadas por ellas. Pero sí señalar la necesidad de mayor reflexión y desarrollo de eventuales correcciones de ruta en el recorrido de este trayecto, en el cual la velocidad de los cambios es cada vez mayor y con considerables márgenes de imprevisibilidad. Queramos o no, es necesario estar atentos a posibles daños de las manifestaciones de descontrol de las técnicas en el ámbito de la salud colectiva. Al final de cuentas, este tipo de atención forma parte de nuestras valiosas tradiciones.

El Capítulo 1 enfoca las TIC que son transformadas en elementos/procesos/objetos producidos para ser utilizados en el ámbito de las biotecnociencias humanas, vinculadas tanto a las prácticas de la biomedicina como a las de la salud pública. Las TIC ocupan dominios cada vez más abarcadores de la informática médica, produciendo sectores de especialización denominados *e-salud*, *telemedicina*, *cibermedicina* y la llamada *informática para la salud del consumidor* (ISC). La ISC, en especial, procura suplir las necesidades de información de consumidores que podrían así, en principio, hacer elecciones mejor informados. Surgen programas de computación para auxilio de decisiones (*Decision Aids Software*) y la web semántica. Se percibe en esta situación la imbricación de tres sistemas: el predominio de la razón instrumental y sus producciones tecnocientíficas; el poder reunido por la unión de instituciones e ideologías; y la creencia en la supremacía de los mitos, símbolos y ritos promovidos por la tecnociencia. Como posible consecuencia, tenemos una colonización de la sociedad por la alianza entre autoridades generadoras de conocimientos especializados, profesionales encargados de producirlos como objetos técnicos o de empaquetarlos con envoltorios tecnológicos, el conjunto del sistema industrial y las redes de comunicación, distribución y consumo.

En el Capítulo 2 ofrecemos un recorte emblemático de los excesos generadores de precariedades en el ambiente de las organizaciones profesionales de salud. Describimos la explosión de impresos para orientación (¿o desorientación?) de pacientes en los grandes hospitales. Estos han sido generados por la diseminación de computadoras personales e impresoras en un ambiente que, por definición, ya es suficientemente fragmentado, atomizado y, a veces, corporativizado en saberes y prácticas. Sobre todo en los países industrializados, en los cuales hay una razonable dotación de recursos para los ambientes asistenciales, proliferan profesionales especializados en un área recién inaugurada: la comunicación con pacientes. Estos últimos, cada vez más interesados en informaciones sobre salud, consumen ávidamente tales impresos, lo que a menudo genera la necesidad de saber más y más. En estos terrenos el sesgo biomédico diseña y deconstruye la información para resintetizarla en los productos diseminados por las salas de espera, ambulatorios y consultorios de los grandes hospitales americanos y europeos. La información técnica explota en artefactos que, a veces, parecen intentar la sustitución del encuentro discursivo. Se observa, a la distancia de esta espiral en expansión, una creciente demanda que alimenta una oferta cada vez más desabastecida de sentidos estructurantes (y que tal vez la interacción dialógica podría ofrecer con mayor presteza).

En el Capítulo 3 observamos la transformación histórica del paradigma de *la mejor información para la mejor decisión*. Remitimos al lector a la época de la educación sanitaria, de índole moralizadora y ocupada en la erradicación de los vicios morales, como la indolencia que generan el desempleo y el alcoholismo, el crimen, las enfermedades venéreas, la tuberculosis, etcétera. Observamos que tal énfasis moral-normativo se disolvió en la tardomodernidad y en la (a)moral consumista de informaciones técnicas al servicio de una visión narcisista de la salud, apoyada en la primacía moral de la autonomía (derecho al autocuidado). En este escenario, las autoridades sanitarias pasan a ocuparse de la higiene de la Gran Red, a la manera de los antiguos sanitaristas de la época de John Snow, quienes vigilaban la web¹ en la sexta década del siglo XIX. La epidemiología de la desinformación —o infodemiología— surge como alternativa de saneamiento de la web del siglo XXI, rastreando focos de datos técnicos e informaciones de origen sospechoso o con plazo de validez vencido.

Con este telón de fondo, el Capítulo 4 aborda un prominente emprendimiento biomédico denominado *medicina basada en evidencias*, que depende en gran medida de la informática y de Internet. A partir de un hecho curioso, ocurrido en mayo de 2000, cuando el profesor David L. Sackett —uno de los creadores del movimiento de la *medicina basada en evidencias* (MBE)— publicó en el *British Medical Journal* un texto en el cual renunciaba a escribir, dar cursos y actuar como árbitro en temas relacionados a la MBE. Esta actitud fue justificada por su frustración con lo que consideró efectos perjudiciales de un alegado exceso de *experts* en ese campo. Esta fue la materia prima para abordar aspectos vinculados a la definición y el alcance de las propuestas de la MBE así como sus correspondientes críticas, enfatizando las estrategias retóricas empleadas por tal movimiento. A continuación, se discute la noción de *expertise* y se presentan breves enfoques sobre el papel de los sistemas *expert* y de la competencia especializada en nuestro medio social, elaborados respectivamente por Anthony Giddens y Zygmunt Bauman. La intención central de este comentario es enfatizar que al acompañar el progresivo movimiento en las tentativas de lograr el control e inteligibilidad de nuestros objetos de estudio, es necesario considerar la posibilidad de que existan dimensiones inalcanzables a través del modo de pensar racionalista propio de Occidente.

El Capítulo 5 plantea aspectos de la inseguridad que afecta a las sociedades contemporáneas, los cuales son descriptos y abordados analíticamente como una cuestión pertinente al ámbito de la salud pública. Se presentan temas relativos a la relación entre los profesionales de la salud y las instancias de información y comunicación pública de contenidos vinculados a riesgos para la salud, con ejemplos provenientes de cuestiones relacionadas con la biotecnología. Al final, se señala la necesidad de desarrollar una ética global volcada a los problemas de salud pública que abarcan desigualdades sociales y vulnerabilidad de porciones expresivas de las poblaciones a escala mundial.

¹Los ingleses también hablan de la *Web* para referirse a la gran red de canalización de cloacas que recorre Londres subterráneamente, contaminada en la época de las grandes epidemias de cólera del siglo XIX.



Capítulo 1

Interfaz Internet/s@lud¹

¿Juntar los trapitos?

“Juntar los trapitos” es una expresión brasileña popular que indica que personas que disfrutaban de intimidad sexual y afectiva han decidido asumir una nueva forma de unión, el casamiento o la cohabitación (también designada como *amigarse*). En este caso, se trata de destacar la cuestión de cómo, metafóricamente, podríamos juntar/casar —con la deseable armonía— dos instancias de indiscutible raigambre en el medio social contemporáneo, donde una aparece como medio —las tecnologías de información y comunicación— y la otra como fin: la promoción de la salud.

Además —aprovechando un elemento de la mencionada expresión— *trapito* vehiculiza, a pesar de la benevolencia graciosa de la forma diminutiva, la connotación de precariedad y pobreza. Aspecto que —en gran parte, desafortunadamente— caracteriza la distribución desigual de la riqueza y de la educación y el limitado acceso, en países como el nuestro, a los beneficios tecnológicos en general y a los recursos informáticos en particular.

Al mismo tiempo, en un esfuerzo de ampliación semántica, se pretende señalar la dimensión acelerada y fragmentaria con la que nuevas temáticas e ideas rápidamente envejecen y/o se tornan obsoletas, como los objetos de vestir. Cuando no son descartados, asumen el papel depreciado de algo usado, gastado. Y que, por tanto, deben ser retirados de los locales donde eran guardados como indumentarias para pasar eventualmente, a ser objetos de comercio de la llamada *segunda mano* o de donación, o a perder sus funciones de vestimenta para desempeñar otras menos nobles, como las de trapos para limpieza doméstica...

Si bien los nuevos tejidos rápidamente envejecen y se convierten en trapos, eso no implica que debamos vestir andrajos. Pero, ceder irreflexivamente a los llamados de pronta adquisición de nuevas vestimentas, marcadas por modas, tan costosas como transitorias, tampoco es la única posibilidad. Cabe ejercitar nuestra capacidad de análisis y de crítica de este estado de cosas y, como reza el cuento infantil, desconfiar de las vestes de tantos reyes y reinas presentadas como modelos a seguir. Incluso de las propias...

¹Versiones anteriores de este capítulo fueron publicadas en Castiel & Vasconcellos-Silva (2002) y Castiel & Vasconcellos-Silva (2003).

En el caso en cuestión, véase cómo —en la vorágine de la obsolescencia (programada o no)— equipamientos computacionales, programas informáticos, portales y emprendimientos del llamado *ebusiness*, rápidamente pierden la supuesta vitalidad: envejecen. Si no desaparecieran en la basura, estos elementos podrían ser aprovechados por los nuevos traperos para consumidores de segunda mano, justamente, como *trapo*. Destino final de las novedades tecnológicas, frente a la alta velocidad del circuito innovación-producción-difusión-consumo-uso-desgaste-obsolescencia-desaparición. Estas contingencias suceden “a todo trapo”, —regionalismo gauchesco indicativo de “disparada”— (Ferreira, 1999).

Es pertinente aquí la mención de la “epistemología de la basura”, referida por Sousa-Santos (2000) al discutir la gran capacidad de destrucción creativa del capitalismo, pero también de la ciencia moderna, al proponerse romper con conocimientos anteriores. En el caso en cuestión, la ruptura también ocurriría con objetos técnicos que rápidamente alcanzan el estatus de desdeñables, al ser *superados* por nuevas versiones y modelos (claro que con una buena dosis de artificialidad o maquillaje).

Muchas veces nos sentimos desgastados —reducidos a trapos— frente a los excesos informacionales, donde se acoplan medios y mensajes, en una poderosa sinergia productora de compulsividades, tanto ligadas a la impracticable actualización de conocimientos, como a la búsqueda insaciable de orientaciones, preceptos, consejos, referencias. En especial aquellas dirigidas al ámbito de la salud que, infelizmente, tienden también a perder su validez. Basta ver cómo ciertas dietas alimentarias son consideradas adecuadas durante algún tiempo, para después ser sustituidas por otras novedades, que superarían supuestas, o reales, fallas no detectadas en las anteriores.

En Brasil, es difícil precisar la cantidad de sitios web relacionados con la salud. Esta dificultad puede ser ilustrada por la rápida búsqueda en el tópico específico relativo a la *salud* en <www.google.com.br>. Se obtuvo (el 20/05/2004) el índice de 1.440.000 ítems solamente en Brasil, con los más variados orígenes, características, finalidades, temas, tenores. Sin embargo, al intentar acceder a ellos, no vamos a encontrar portales más que en un número considerable de casos.

Como introducción a cuestiones de este orden, aun de modo preliminar, cabe indagar: ¿cuál es la pertinencia y cuáles las implicaciones de las múltiples facetas del complejo escenario actual en las intersecciones salud/medios electrónicos de comunicación, parcialmente representadas por estos breves comentarios iniciales? ¿Cómo es posible orientarse frente a las diversas y eventualmente conflictivas perspectivas que emanan de las interrelaciones entre usuarios/consumidores/pacientes, portales de salud (públicos y privados), páginas de profesionales/servicios responsables de asistencia de variados tipos que ponen a disposición informaciones con distintos niveles de calidad? ¿Cómo dimensionar la confiabilidad de la información (y de los productos y servicios presentados)?

Ahora bien, todo proyecto de acción sobre el cual caben dudas acerca de sus consecuencias exige estrategias basadas en informaciones dentro de un patrón de racionalidad económica, o sea, interesada en la selección de medios con previsión de los costos y beneficios derivados de ella. La información definidora de rumbos,

precisa y coherente, en el marco de tantas incertezas es siempre deseable y valiosa, ya que puede orientar nuestras acciones y neutralizar la ansiedad de las indeterminaciones en lo que se refiere a los efectos de las resultantes. A la inversa, la información que encierra contradicciones genera dudas, incertidumbre y temores, del mismo modo que lo hace la falta de información.

De la escritura cuneiforme a los terabytes en bancos de datos procesados por chips de silicio, se perciben ciertos trazos de la *naturaleza bibliotecaria* del ser humano, que registra y organiza para localizar (aunque no siempre comprender) lo que culturalmente es juzgado como conocimiento relevante. Esta circunstancia se presenta como un importante elemento capaz de orientar acciones precisas y seguras, con mayor potencial resolutivo. A ellas llegamos por intermedio de síntesis focales, que son capaces de instalar una paz provisoria en la confrontación entre informaciones disparatadas. No obstante, aunque siempre deseables, las síntesis (y el conocimiento de allí derivado) no siempre son reconocidas de inmediato.

En años recientes, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se dedicaron más a desarrollar la cultura del consumo de información. El amplio stock de informaciones sin mucha síntesis nos asombra, causando ansiedades y neurosis frente a la perspectiva de tener acceso a terabytes de datos en nanosegundos. ¿Qué hacer con ellos? ¿Dónde se encuentran los datos relevantes y consistentes que nos conducirán al próximo paso? ¿Cuál es nuestro propósito? ¿La erudición de la suma o la cultura en la síntesis?

En el área de la salud, un campo movedido, donde, en las encrucijadas de variadas visiones del mundo y distintos intereses podemos encontrar datos ambiguos, la avalancha de informaciones tiende a saturarnos frente a la *erudición* de lo factual que nos distancia de las síntesis esenciales. En este terreno, como investigadores, son intensos nuestros esfuerzos encaminados a conocimientos verdaderos a través de la búsqueda criteriosa en la Red de aquello que sean las pruebas de su existencia (o utilizando un término anglosajón traducido y en boga, las *evidencias*). En las Ciencias de la Salud, el enfoque individual ha procurado ancladero para sus decisiones abordando la dimensión de lo colectivo. Sin embargo, aun frente a la cada vez más amplia disponibilidad de tecnologías de acceso a informaciones, aún estamos obligados a contentarnos con posibles y fugaces *verdades puntuales*, de acuerdo con las posibilidades y conveniencias delimitadas por las contingencias.

La interfaz Internet/salud. Los dominios de la e-salud

Negroponte (1995) definió el terreno de las redes de comunicación, o ciberespacio, como el mundo de los flujos de electrones en contraste con el mundo de los átomos en el cual nacemos, crecemos, nos reproducimos y perecemos. Además de la vorágine y de la obsolescencia, cabría destacar el desapego de la Web al mundo no-virtual, de los átomos, al cual debería ofrecer su soporte. En los sitios se observan, diseminadas, escasas referencias al mundo de los átomos: pocos números de teléfono, direcciones, nombres de autores de los contenidos, entre otros vínculos con lo real en la Web. Tal

desapego transpuesto al terreno en cuestión, nos conduce a la observación de fenómenos peculiares. ¿Serían posibles intercambios simbólicos plenos *on line*? Si fueran posibles ¿serían consistentes?

A título de ejemplo del desprecio por el mundo de los átomos: la *terapia on line* se hizo viable después del advenimiento del *Internet Relay Chat* (IRC), un protocolo de comunicación en Internet que permite conversaciones *on line* de grupos. Esta apropiación tecnológica parte del presupuesto de que una terapia psicoanalítica es meramente una *conversación* en su dimensión más estrecha: como intercambios de información. Las ventajas allí conquistadas se vinculan a los valores neoliberales más caros: distancia, dinero y tiempo abreviados (además de la privacidad del anonimato). El ahorro de esfuerzo de traslado contemplaría a los más abúlicos. El costo de las sesiones podría reducirse drásticamente, pues el terapeuta podría economizar en el montaje de la estructura de su consultorio virtual. Un simple montaje de fondo, con una biblioteca repleta de libros de Freud o un escenario neutro, bucólico y acogedor bastaría. Desde la óptica de la doctrina de la *comunicación lineal*, los psicólogos y psiquiatras, al contrario de otros profesionales de la salud, dispensan el contacto físico, ya que sus intervenciones suceden en el campo simbólico.

Por otro lado, los críticos alertan que los terapeutas no tendrían acceso visual a sus entrevistados, lo que es imprescindible para la percepción del lenguaje corporal. Los entusiastas tendrían que citar las facilidades de los *videochats*, y de aplicativos como el Microsoft NetMeeting (el cual no es gran cosa en el momento actual de nuestro desarrollo de transmisión de datos por vía telefónica sin banda ancha, como es el caso de la abrumadora mayoría de los usuarios en Brasil). Además de alertar los usuarios respecto de los riesgos de un tipo de actividad en el cual los responsables no se exponen directamente, el Consejo Regional de Psicología de San Pablo desaconsejó a sus asociados adoptar tal modalidad de atención, señalando su cuestionable efectividad. Esta premisa de la comunicación humana como sinónimo de transmisión de mensajes no es inédita ni reciente como Internet.

Volvamos a la imagen delineada en la introducción, que consiste en el uso del correo electrónico entre médicos y pacientes. Hay estudios que proponen protocolos éticos para lidiar con los problemas provenientes de la recepción de mensajes no solicitados de pacientes en la ausencia de la relación médico-paciente preexistente (Eysenbach, 2000a).

Así, fue construida una tipología de modalidades de contacto: tipo B (relaciones *bona fide*), donde hay una relación médico-paciente preexistente (sea que el paciente haya tenido un contacto previo con el profesional de salud en su actividad práctica, físico u *on line* o que haya tenido acceso a sus datos médicos electrónicos); tipo A (ausencia de relación médico-paciente previa), donde las interacciones *on line* carecen de las características descritas (la comunicación tiende a ser impersonal, eventualmente anónima; más informal, menos específica, más accesible que personalmente). Ejemplos: paciente envía un mensaje no solicitado a un médico; servicios tipo “pregúntele al doctor” en Internet; respuesta de un médico a un pedido de consejo público en una *homepage* o *newsgroup*.

Estos contactos tienen características e implicaciones distintas. Esto muestra las dificultades de definir el estatuto del contacto en cada contingencia. Esta temática viene siendo objeto de estudios y propuestas de principios éticos para orientar tales contactos y evitar posibles desdoblamientos indeseables. *A priori*, parece existir acuerdo acerca de la necesidad de educar a los pacientes para reconocer las fallas deontológicas médicas al diagnosticar y tratar por Internet, en la ausencia de relación médico-paciente de base (Eysenbach, 2000a). Aun así, son perceptibles los enredos de las nuevas cuestiones mediáticas y la necesidad de mayores estudios y reflexiones. En ese sentido, en el año 2001, la búsqueda de Harris Interactive —compañía de investigación de mercados *on line*—mostró que 79% de los médicos entrevistados no transmitía informaciones clínicas por correo electrónico, pero alrededor de la mitad estaría dispuesto a hacerlo si hubiese garantías de seguridad y privacidad. El resto no lo haría, por otras razones.

Otra forma de vincular Internet y salud está constituida por la unión de la informática de la salud del consumidor (ISC) y la medicina basada en evidencias (MBE), bautizada como *elección del paciente basada en evidencias*. Curiosamente, en este momento, el término *consumidor* sale de escena y pasa a ser sustituido por el tradicional *paciente*. Una posible explicación sería la argumentación ofrecida por los autores de la vertiente que resulta de la intersección entre la MBE (que enfatiza la necesidad de *evidencias científicamente correctas* para intervenciones en búsqueda de efectividad) y la *medicina centrada en el paciente*, cuya premisa esencial es que los pacientes, o sus familiares, deben desempeñar un papel central en las decisiones sobre la asistencia a su salud. Tales informaciones pueden ser divididas en: las específicas para el caso del paciente (diagnóstico, datos como franja etaria, género, condiciones generales de salud) y las de carácter general como, por ejemplo, estadísticas de efectividad de las distintas intervenciones para la enfermedad en estudio.

Hay diversas cuestiones importantes vinculadas con esta temática, tales como los problemas de accesibilidad al lenguaje médico, las formas de lidiar con la incertidumbre, el énfasis en la reducción de costos, etcétera, pero no es el propósito de este texto detenernos en ellas. Aquí vamos a comentar la aparente candidez del tono supuestamente caricatural con el cual es propuesto el acceso del paciente/consumidor al saber vía e-salud. Esta postura queda en evidencia en la topología analógica ilustrada de los modelos de relación consumidor (que vuelve al ruedo) con el profesional de salud creada por Eysenbach: paternalista, en el cual el médico, en la *Tierra Santa de los que conocen* (*Holy Land of the Knowing*), está al lado de un *pozo* (el agujero de la ignorancia) arrojando el medicamento en píldoras a un paciente postrado en el fondo, prescribiendo cómo debe tomarlo y ordenando que no se hagan preguntas; educacional, en el que el médico anuncia que va a educar al paciente y, arrojándole una cuerda, le ayuda a ascender por la pared (con la observación *ex ducere*; “conducir hacia afuera”); en la era Internet, el médico mira estupefacto a pacientes que están subiendo para salir del pozo por la escalera de madera *www*, a través de *selfsupport* (autoayuda), unos trepándose por los hombros de los otros o alzándose mediante un globo aerostático *email*, y aquel que consigue salir retira, saca, el letrado; consumidor como par: el médico recibe con mano extendida diciéndole bienvenido al paciente

que salió por la sólida escalera de la educación del paciente vía Internet (Eysenbach, 2001). En este caso, entonces, sus elecciones estarán basadas en evidencias en el contexto de la medicina centrada en el paciente.

De cualquier forma, hay ensayos randomizados para mensurar la efectividad de programas (software), instrumentos de auxilio, a la decisión en la asistencia primaria (*primary care*) en el caso de reposición hormonal posmenopausia, sin mediación por Internet. En general, los resultados son considerados satisfactorios en lo que se refiere a la mejoría del conocimiento del paciente, a la reducción del conflicto decisorio y al estímulo para que el paciente desempeñe funciones más activas en la decisión sin aumentar su ansiedad (Murray *et al.*, 2001). Pero ¿serán suficientes en este proceso de decisión de carácter racional para no solo *orientar* al enfermo en sus elecciones cognitivas, sino también en la esfera emocional? ¿Será que por el hecho de que no se produzcan nítidas evidencias de la importancia de aspectos de carácter subjetivo/relacional (de problemática mensura) no son relevantes? ¿Cómo evidenciar los efectos de las manifestaciones de acogimiento por parte del profesional, de los signos de empatía entre las personas involucradas en la interacción que pueden manifestarse, por ejemplo, en una conversación afable sobre la educación de los hijos? A pesar de las contribuciones de las actividades técnicas en la medicina, que procura basarse en evidencias, parece existir una exageración de búsqueda de evidencias en la relación médico-paciente, en detrimento de tal relación.

Pero retornemos al campo e-sanitario. Si comparamos la incidencia en los sistemas de búsqueda bibliográfica biomédica *Medline* de los términos *telemedicina* y *cibermedicina* (el 20/05/2004), verificamos que el segundo (con 26 indicaciones, de las cuales 12 artículos son de autoría de G. Eysenbach y asociados) está lejos de poseer la presencia del primero (con 6.355 referencias, el 20/05/2004). Aun así, hay discusiones conceptuales tendientes a distinguir tales campos, a pesar de las superposiciones reconocidas.

Wootton (2001) considera el término *telemedicina* como un paraguas que engloba cualquier actividad médica que implica un elemento de distancia. Creo que es importante explicitar que este autor es el editor de la primera revista académica que abordó tales tópicos, justamente llamada *Journal of Telemedicine and Telecare*. En este grado de generalidad, una conversación telefónica tradicional entre médico y paciente podría ser incluida bajo este amplio paraguas. Creo que la referencia a las modernas tecnologías comunicacionales es necesaria para las tentativas de circunscribir este nuevo territorio. Aparecieron otros términos que tienden a definir mejor este campo: telesalud (*telehealth*) y, más recientemente, salud *on line* y e-salud (*ehealth*).

El mentor de la cibermedicina aparentemente desistió de invertir en esta propuesta y ahora procura difundir la *infodemiología*, que pretende estudiar, en términos descriptivos, analíticos e intervencionales —a partir de analogías discutibles con la disciplina epidemiológica— aspectos globales de información y desinformación en salud (volveremos a este tópico en el capítulo 3). Aun así, vale mencionar que Eysenbach y sus colaboradores (Eysenbach *et al.*, 1999), establecieron demarcaciones que implícitamente vehiculizan mayor amplitud y alcance de las

modalidades ligadas a la cibermedicina. De modo general, las diferencias tienden a reproducir especificidades que caracterizan la medicina diagnóstica/curativa y la medicina preventiva/salud pública moderna, con énfasis en la prevención, la promoción de la salud y el autocuidado. Estos últimos aspectos asumirían nuevas configuraciones al abarcar predominantemente a consumidores, dentro de los cánones del llamado *proyecto globalizante neoliberal*.

A su vez, la informática de la salud del consumidor (ISC) surge como consecuencia de que la llamada *cibermedicina* se dirija hacia las necesidades de información y de decisión de consumidores. La creación de una supuesta *autoexpertise* del consumidor, *a priori*, tendría el propósito de funcionar como instrumento para elecciones más informadas. Uno de los ejemplos emblemáticos de la moderna idea individualista de los consumidores de autocuidado puede ser percibida en las propuestas de evaluación de riesgo en salud de la Sociedad de la Medicina Prospectiva estadounidense y su portal, denominado de modo autorreferencial. Al ingresar al sitio web, descubrimos otro elemento digno de nota: aparece en el encabezamiento la grafía *YouFirstTM*. Como ya sabemos, la sigla sobrescrita indica que se trata de una marca registrada, una propiedad privada con su debida protección jurídica.

En la página de apertura tenemos una sucinta presentación que dice:

¿Ud. está bajo el riesgo (*risking*) de muerte precoz? ¿Cómo el estrés, la falta de ejercicio, la nutrición deficiente, el alcoholismo, la hipertensión arterial, el colesterol elevado y la obesidad impactan en su bienestar personal? Descubra cómo con una evaluación de salud personal gratis. [...] Mantenerse saludable significa cuidar de sí mismo. En otras palabras: colocándose Ud. en primer lugar (<http://www.youfirst.com/about.asp>)

En síntesis, el portal está preparado para producir un informe sobre riesgo luego de la respuesta del usuario a un cuestionario con cincuenta preguntas relacionadas con su salud. Anuncia ser confidencial y utilizar las últimas estadísticas nacionales disponibles. Después de sometidas las respuestas al portal se recibe un cálculo del riesgo y se elaboran informes con mensajes educativos individualizados.

Evidentemente, se explicitan alertas indicando que aun siendo la evaluación del riesgo de la salud (ARS)² “extremadamente útil para evaluar riesgos de la salud de individuos y grupos, no son sustitutos de la historia y del examen médico completo”. Además, las ARS no son apropiadas para todas las personas. Personas con enfermedades crónicas como cáncer o enfermedades cardíacas, por ejemplo, no obtendrán proyecciones precisas de riesgo en estas áreas. Asimismo, algunos bancos de datos poblacionales excluyen informaciones referentes a jóvenes y/o ancianos de poblaciones socioeconómicas desfavorecidas (*challenged*) y de algunas minorías. En estos casos, puede ocurrir que las ARS no proyecten con precisión los riesgos para estos grupos.

²ARS, sigla en portugués de *avaliação de risco à saúde*.

La idea de vigilancia de los factores de riesgo conlleva la noción de posible aplazamiento de la muerte más allá de su perspectiva radical, mediante su *fragmentación* en factores de riesgo y las correspondientes tentativas de control de estos virtuales, múltiples y traicioneros componentes (Bauman, 1998). No es descabellado pensar que el portal está dirigido primordialmente a individuos que se constituyan, de hecho, en potenciales consumidores de bienes y servicios considerados *protectores de los riesgos*. El portal no explica por qué no se dirige a consumidores carentes, excluidos del acceso a los supuestos beneficios de la prevención de los riesgos porque no disponen de condiciones económicas necesarias y suficientes para actuar efectivamente como agentes de consumo.

Además, comienzan a surgir programas de auxilio a decisiones en cuestiones de salud que no reemplazan la visita al médico (ino se constituyen en auxilios de acceso a la información!). Uno de ellos se llama HouseCall, que produce un diagnóstico a partir de los síntomas de los usuarios y de los antecedentes en su historia médica (Eysenbach, 2000b).

Pero poco se sabe acerca de cómo los pacientes interactúan con tales recursos. ¿Cómo lidiar con la posibilidad de estímulo a la automedicación y la supuesta proliferación de cybercondriacos? En Brasil existía el sitio web <www.medicart.com.br> (en mayo de 2004, el sitio ya no estaba disponible), que aparentemente estaba asentado en el estado de Paraná y sin indicar (por lo menos de modo visible) a los responsables del portal (la única forma de identificar responsabilidades en la visita al portal, en mayo de 2003, residía en el nombre, breve currículo y el respectivo registro en su consejo del farmacéutico responsable por las informaciones especializadas, técnicas y farmacológicas). Este era un ejemplo de instrumento capaz de permitir tanto la investigación de precios comparativos entre medicamentos como la existencia de similares y genéricos.

De hecho, el portal actuaba como si fuese un diccionario sintético de especialidades farmacéuticas con la característica de discriminar precios *on line*. En su página de inicio, enfatizaba los riesgos de la llamada *automedicación* y del cambio de medicamentos sin la debida consulta al médico. Pretendía desestimar la automedicación pero inducía a equívocos con la forma reflexiva del verbo *medicar*... Si vale la analogía, estos alertas nos hacen recordar los avisos obligatorios que alertan sobre los perjuicios del tabaquismo, impresos en los atados de cigarrillos por imposición de las autoridades gubernamentales de salud. La estructura del portal, entonces, virtualmente (en los dos sentidos de la expresión) se constituía en un potente vehículo para aquellos que buscaban la autoprescripción de medicamentos: el modo de acceder a los productos farmacéuticos y a sus precios podía hacerse a través de la nomenclatura química, de los nombres *de fantasía*, de las acciones farmacológicas y de la sintomatología. De esa forma, el resultado de la búsqueda generaba configuraciones con esos cuatro elementos, permitiendo la obtención de supuestas relaciones entre *signos-síntomas/diagnóstico, efectos farmacológicos y medicamento*.

A pesar de posibles críticas metodológicas, en marzo de 2002, el sitio web *harrisinteractive.com*, en una encuesta (*survey*) telefónica, calculó, a partir de una muestra de 707 personas de más de 18 años que, en Estados Unidos, 110 millones de adultos

buscan información de salud a la Red, en promedio tres veces por mes. En 1998, eran 54 millones; en 1999, 69 millones; en 2000: 97 millones.

Otro aspecto del proyecto cibernético estaría constituido por la creación/adopción de sistemas de acceso y almacenamiento de datos de salud de individuos. Podrían, por ejemplo, asumir la forma de *smartcards*, que contendrían informaciones integradas sobre la salud de su poseedor, incluso pasibles de ser transferidas por Internet. Se están desarrollando herramientas computacionales para auxiliar a los clínicos a conjugar particularidades y preferencias de los pacientes en las cuestiones clínicas según las restricciones contextuales. Un aspecto crucial reside en el acceso y control de los pacientes sobre sus registros, y en la confidencialidad de la información. Es necesario concebir formas de reducir la fragmentación de los registros médicos permitiendo el agregado de datos provenientes de fuentes diversas de diferente tenor (Mandl *et al.*, 2001).

La calidad de la información en la Red

Surge el considerable problema del control de calidad de los contenidos relativos a la salud en Internet. En estudios de Rand (Research and Development) se eligieron diez instrumentos de búsqueda en lengua inglesa y cuatro en lengua española para conseguir información sobre cáncer de mama, asma infantil, depresión y obesidad. Los médicos investigaron la calidad de la información en 25 sitios web. En líneas generales, varios contenían informaciones contradictorias y/o incompletas en diversos aspectos de sus temas específicos. Sin embargo, las cuestiones más dignas de atención son las relativas a la comprensión de los receptores de esas informaciones (Feder & Lyons, 2001).

En términos globales, las preocupaciones acerca de la calidad de la información están volcadas a: educar al consumidor, estimular la regulación de los emisores de información en salud, contar con instancias no comprometidas para evaluar la información y establecer sanciones en casos de diseminación nociva o fraudulenta de información. Hay algunos proyectos de certificación y clasificación de la información confiable en salud en Internet, como el MedPics³, plataformas de evaluación de contenidos relacionados a la medicina en Internet (Eysenbach, 2000b) y el TEAC-Health (Rigby *et al.*, 2001).

Asimismo, existen iniciativas voluntarias de códigos de conducta en la Red (por ejemplo: American Medical Association; Internet Health Coalition; Health Internet Ethics; Quackwatch —Your Guide to Health Fraud, Quackery and Intelligent Services— y Health on the Net —HON Foundation—). A los efectos de este trabajo, vamos a referirnos a esta última como una simplificada *descripción de caso*, despojada de pretensiones metodológicas. La HON está asentada en Ginebra y su código de conducta se dirige a la padronización de la confiabilidad de la información en la Red aunque sin evaluar la calidad de esa información. Los portales que, en principio,

³<https://medpics.ucsd.edu>

siguen sus preceptos reciben el derecho de exhibir el sello de calidad de la HON. Los principios, sintéticamente, son:

- 1) Autoridad: profesionales entrenados y calificados serán los responsables por la información presentada, a menos que sea declarado expresamente en caso de que esto no suceda.
- 2) Complementariedad: la información no reemplaza el vínculo existente entre los pacientes y los respectivos profesionales.
- 3) Confidencialidad: los datos puestos a disposición por usuarios serán mantenidos en secreto (incluyendo la identidad).
- 4) Atribuciones: cuando fuere el caso, las informaciones tendrán la indicación de referencias claras a fuentes de consulta, incluso indicando los enlaces para el acceso a esas fuentes. La fecha en que cada página médica fue actualizada deberá estar indicada.
- 5) Justificativas: similar al anterior en lo que se refiere a fundamentar beneficios y resultados de tratamientos de los productos y servicios presentados.
- 6) Transparencia en la propiedad: los administradores visuales del portal deben presentar claramente la información e indicar direcciones de contacto para visitantes. El administrador del sitio web (*webmaster*) deberá exhibir su dirección electrónica en todas las páginas.
- 7) Transparencia de auspiciantes: los apoyos (financieros, materiales y de servicios) deben ser explicitados claramente, identificando, incluso, las organizaciones comerciales y no comerciales que hayan participado de la construcción del sitio web.
- 8) Honestidad de la publicidad y de la política editorial: debe ser claramente explicitado si la publicidad se constituye en fuente de ganancias del sitio web. Los propietarios deben aclarar sumariamente la política de divulgación empleada. Anuncios y publicidad deben ser diferenciados en sus contextos de presentación de los contenidos originales producidos (Código HON).

Algunos autores afirman que la HON Foundation presenta debilidades porque no tiene verificación externa. Y, por lo tanto, es vulnerable a abusos, pudiendo proporcionar una falsa impresión de seguridad (Rigby *et al.*, 2001).

Además, es interesante observar que estos portales generalmente asumen dos de los tres principios de conducta que en nuestra opinión están en juego en las cuestiones de la comunicación de contenidos en salud. La información tiene que ser correcta, pertinente, adecuada (principio de corrección), explícita en lo que respecta a los autores y auspiciantes (principio ético). Sin embargo, no se percibe mención a aspectos referentes a la reflexión de cuestiones básicas relativas a los procesos de construcción/difusión/consumo de los productos tecnocientíficos, esencial para el ejercicio de la crítica. No notamos que estos portales cuestionen el aumento de los precios de medicamentos, las debilidades de las políticas públicas, el énfasis de los medios de comunicación sobre aspectos *seleccionados*, etcétera (volveremos a este tópico en el Capítulo 4).

Hasta el momento, aparentemente, no es posible divisar con claridad cómo lidiar satisfactoriamente con las cuestiones relativas a la evaluación de la calidad de las informaciones de salud puestas a disposición en la Red. Hay dos trabajos relevantes que fueron realizados por Gagliardi y Jadad (Jadad & Gagliardi, 1998; Gagliardi & Jadad, 2002). El primero mostró que de los 47 instrumentos de evaluación de la calidad de los portales que aparecían en sitios web ofreciendo información en salud, 14 describían cómo fueron desarrollados y cinco proporcionaban instrucciones para su uso. El segundo estudio, de 2002, procuró relevar si todos los sitios de evaluación en 1998 todavía estaban operando. Se identificaron 51 nuevos instrumentos. Muchos de los instrumentos de evaluación del estudio original ya no estaban disponibles. De esos 51, solamente cinco brindaban alguna información que permitía su calificación. En relación con los seis sitios localizados en el primer estudio que permanecían en funcionamiento, ninguno de los instrumentos parecía haber sido validado. Como conclusión, los autores señalan que muchos instrumentos incompletos de evaluación de la información en salud continúan apareciendo en la Red. Muchos investigadores y organizaciones están explorando formas de ayudar a las personas a procurar y a utilizar información de calidad confiable en la Red. Pero aún no se ha demostrado que esas informaciones sean necesarias, efectivas o sustentables, (Gagliardi & Jadad, 2002).

*Web semántica*⁴

En la historia de los esfuerzos humanos para facilitar la transmisión y comprensibilidad de mensajes, los pasos más decisivos fueron dados al inicio de los años noventa. El Congreso estadounidense había aprobado la Ley de Información y Tecnología, garantizando un presupuesto de cerca de 1.500 millones de dólares para la interconexión de salas de clase, la creación de bibliotecas virtuales, el desarrollo de software educativos, y el entrenamiento de personal especializado en aplicativos para salud pública, producción industrial y educación, entre otros fines. Antes del final de 1991, Internet ya conectaba a cerca de 600.000 máquinas en el mundo. En 1992, Tim Berners-Lee propuso un sistema de hipertextos (textos aislados mutuamente referenciados), que posibilitaría la reunión de cualquier tipo de información en un modelo cliente-servidor (un usuario manda mensajes hacia una máquina concentradora de informaciones, que las distribuye de acuerdo con las demandas). De esa manera, todos los protocolos de comunicación (como el HTTP: *hyper text transfer protocol*, o el FTP: *file transfer protocol*), así como los lenguajes de descripción de páginas (HTML: *hyper text markup language*) y la forma de localización de estas (URL: *uniform resource locator*) serían padronizados alrededor de códigos-fuente de libre acceso en la Red.

⁴Sitios web que desarrollan los conceptos de la web semántica, con utilización de XML, RDF y otros: Proyecto Dublin Core Metadata Initiative <<https://www.dublincore.org>>; IMS Global Learning Consortium <<http://imsglobal.org/rdf/index.html>>, que establece el vocabulario para facilitar el aprendizaje distribuido *on line*; y, en portugués, Proyecto RSSficado, la iniciativa individual de Charles Pilger.

Esta medida anticapitalista, aunque de consecuencias profundamente iluministas, desencadenaría el crecimiento exponencial de la Web.

Mientras tanto, tal profusión de páginas y sitios web desafió a los investigadores de la indexación de informaciones, una vez que el lenguaje HTML y sus *tags* (anexos ocultos que definen la página e informan a la máquina cómo va a ser exhibida en la pantalla) no permiten atribuir múltiples desdoblamientos semánticos a la información. Así, la información producida para consumo en la Web es esencialmente unívoca, no admite múltiples interpretaciones, como en los intercambios lingüísticos del mundo de los átomos. Lo que es considerado como la ambigüedad generada por la *confusa* razón humana, en realidad es la fuente de su mayor riqueza, pues proporciona adaptaciones simbólicas en niveles no alcanzables por modelos artificiales. Es la clave de la creatividad y de la adaptabilidad del *homo sapiens*. La discriminación de las informaciones es un atributo cognitivo humano general, así como la relevancia del conocimiento es un atributo personal, relacionado con los intereses que motivaron la búsqueda. En el campo de la Web, uno está relacionado al otro.

Sin embargo, hay una necesidad de orden práctico de localizar en un océano de datos aquello que interesa a los usuarios en contextos precisos. Como ejemplo, si partimos en la búsqueda de la aquí citada definición de *cultura* de Fernando Pessoa, o si un biólogo parte hacia una búsqueda de informaciones sobre cultura de tejidos (*culture*), encontraremos en las 3.083.324.652 páginas de la Web las mismas 51.400.000 inserciones⁵. Estas pueden remitirse, tanto a los proyectos culturales (aquí citados) que promueven la expresión artística a partir de diversos tipos de tecnologías de cultivo de tejidos, como a sitios estadounidenses sobre jardinería⁶.

Aunque esa limitación sea superable mediante técnicas adecuadas de búsqueda en sitios especializados, es lógico suponer que esta complejidad se incrementa en forma exponencial. La capacidad de las máquinas de almacenar acriticamente y poner a disposición informaciones, tiende a suplantar la capacidad humana para localizar contenidos específicos. Las TIC se esmeran en resolver el problema de la plurivocidad, entre otros más complejos, en los cuales el ser humano se muestra naturalmente hábil.

Sin embargo, hasta el momento, la información siempre fue producida, almacenada, localizada y consumida por humanos. El objetivo de las TIC es, obviamente, atender a las personas y no a las máquinas. No obstante, si fuese posible reconstruir un lenguaje adecuado a la máquina, o, como conceptúa Berners-Lee, si adoptáramos la idea de “*machineunderstandable information*” nos acercaríamos a la comprensión del concepto de *Web semántica*.

Este proyecto nació del Consorcio WWW (W3C), como sucesor del de Metadatos, cuyos principios eran incluir “información sobre la información” en la Web usando el lenguaje HTML. Sin embargo, al no permitir crear categorías semánticas que le agregasen plurivocidad el proyecto se mostró muy limitado. Esa limitación se redujo drásticamente cuando fue adoptado el lenguaje XML, que admite la construcción de

⁵Buscado en Google.com.br el 20/05/04.

⁶Ver: <www.kitchenculturekit.com>

categorías extremadamente detalladas, definibles por el propio usuario a la medida de su uso. El proyecto del XML y de la *Web semántica* es complejo, sobre todo por el hecho de que el número de participantes con intereses concentrados en salud, educación, investigación y mercado se amplía. Debe haber consensos sobre qué tipo de categorías semánticas deben ser agregadas a los paquetes informacionales. Por otro lado, es parte del proyecto delinear para las máquinas perfiles de usuarios para atender sus demandas con mayor presteza. En este punto cabe una cuestión crucial, ¿qué (o quién) determinaría, las categorías relevantes y qué tipo de relevancia se esperaría de esta tensión de fuerzas?

La *Web semántica* se basa esencialmente en la descripción de denotaciones para alcanzar variadas connotaciones en el formato de datos y links que se encuadren en ontologías creadas por peritos. En las TIC, *ontologías* son categorías de elementos que describen una determinada área de interés, además de un lenguaje especializado en manipular las categorías de estas representaciones. La idea lagunosa de la *Web semántica* parte del principio de que por el acceso a las ontologías y a las anotaciones inscriptas en las páginas en XML, los *browsers* podrán recomendar a los usuarios información mucho más específica y adecuada a sus necesidades. Tales recomendaciones corren el riesgo de ser demasiado detalladas *a priori*, lo que limita la oferta a los usuarios, conduciéndolos siempre a los mismos elementos.

Existen otras tentativas de superar la plurivocidad de las informaciones para facilitar su rescate. Hay autores que se ocupan de algoritmos inspirados por las ciencias biológicas, al situar el eje de la producción e indexación de informaciones en bases más adaptativas. Así, a medida que sean buscadas, las páginas se definirían como relevantes en función del perfil de sus usuarios. Esto plantearía relaciones nuevas en los patrones de utilización de las páginas. Surge la *Web adaptativa* en la cual, según sus idealizadores, se crearían nuevas relaciones de *aprendizaje* con los usuarios. Hay esfuerzos para progresar en la conjugación de la *Web adaptativa* a la *Web semántica*, lo que daría la oportunidad de crear un *cerebro global*⁷, lo que provoca escalofríos a los críticos de la Web, lectores de George Orwell.

Cuando se discute la *Web semántica* y los XML, sus apologistas imaginan un horno microondas que, al cocinar los alimentos, detecta sus ingredientes y se conecta al sitio del fabricante para aprender sobre el tiempo ideal de cocción de la carne y de las papas. Sueñan con aparatos de sonido capaces de disminuir el volumen al primer llamado del teléfono. En un texto publicado en la *Scientific American*, Berners-Lee *et al.* (2001) afirman:

...la *Web semántica* no es una Web aparte, sino una extensión suya, en la cual la información es dada con sentidos semánticos bien definidos, lo que aumenta la capacidad de las computadoras de trabajar en cooperación con las personas... (Berners-Lee *et al.*, 2001)

⁷Ver: <<http://pespmc1.vub.ac.be/Conf/GB-0-abs.html>>

Para ejemplificar, Pete y su hermana Lucy buscan en Internet —a través de sus agentes o *browsers* (*software* que entran en contacto con otros agentes para rescatar informaciones relevantes en otros sistemas)— alternativas para la fisioterapia de su madre. Los agentes de Pete y Lucy conocen, sobre la base de los datos recolectados a medida que fueron siendo activados, la dirección, los rendimientos y la agenda de sus usuarios, el número del seguro de salud de su madre, su historia médica con varias informaciones sobre sus enfermedades, medicamentos usados, reacciones adversas, etcétera. A partir de estos datos buscan en la Web listas de profesionales acreditados, así como los espacios en sus agendas. Finalmente, ofrecen una lista de opciones de elección sobre la base de las limitaciones de presupuesto y calificaciones en especialidades preliminarmente establecidas. De esa manera, Pete cambia parte de sus compromisos, en coordinación con el agente y la agenda de Lucy. Al aprehender sus demandas, los agentes acumularían las condiciones ideales tan ambicionadas por todos los empresarios que pisaron este planeta desde los albores del capitalismo:

- 1) La construcción del perfil de consumo individual de las personas (y no más categorías de consumo segmentadas en franjas etarias, niveles de ingresos, patrones socioeducacionales, etcétera).
- 2) El privilegio de la exposición y destaque de mercaderías y servicios en el momento en que el usuario más precisa de ellos, un estupendo avance en relación con las propagandas en la TV (desde el punto de vista de los que quieren vender sus productos). Ocurre un aprovechamiento máximo de las condiciones ideales de *vulnerabilidad* del consumidor, que consume ítems y servicios en círculos viciosos arrastrados por sus propias *pulsiones de consumo*.

Las metas declaradas del proyecto de la *Web semántica* son más ambiciosas que simplemente permitir indexar mejor la información de la Web. En su propuesta preliminar, son formas de hacer que las máquinas comprendan y asimilen el mundo de las demandas humanas para atenderlas mejor. Ocurre que ahí opera la premisa de la identidad por sumatoria de atributos (en HTML o XML) que rechaza el principio de la contradicción dialéctica, propuesto por Heráclito y soterrado por más de 2.000 años hasta Hegel. Si es posible para las *ontologías* de las TIC elaborar conceptos por incremento de definiciones ciertamente algún día estos se estabilizarían y permanecerían así por la eternidad. Por otro lado, si el mundo de los flujos de electrones se expande dialécticamente, tales ontologías nunca se completarán sin contradicciones, de allí la necesidad de síntesis.

Otra cuestión derivada es: ¿quién define las ontologías y sobre qué bases? Si admitimos que la evolución de la sociedad ocurre por la vía cognitiva, ¿quién definirá en nuestro nombre las pequeñas verdades que componen las ontologías del mundo de los electrones? ¿Habría por primera vez en la historia de Internet una reglamentación universal que dedique espacio exclusivo a las definiciones que propicien el aprendizaje colectivo? La historia de la Web y de la informática, de forma general, nos demuestra que las grandes invenciones nacieron y crecieron en cuna académica,

pero se reprodujeron y proliferaron en la selva del mercado, modificándolo. Una visión distópica más próxima a lo que observamos en lo cotidiano, podría ser descripta en bases no tan optimistas:

Pete es un hombre soltero, en la quinta década de su vida, y percibe mensajes en los medios que se refieren a la obesidad y a las dislipidemias que predisponen a las enfermedades cardiovasculares. Su entendimiento de dislipidemias no es muy preciso, aunque el de obesidad sí. Se siente un poco arriba del peso ideal, además de físicamente poco atrayente en relación con el patrón apolíneo, definido por el estímulo cultural dominante. La demanda de Pete está potenciada por la necesidad de preservación de la salud, mezclada con la baja autoestima. Cierta vez, encontró en un sitio sobre salud la información de que los hombres calvos tienen mayor predisposición a sufrir eventos coronarios (por algo relacionado con las hormonas masculinas). Desde entonces, pasó a consultar sitios sobre calvicie y obesidad. Su agente *aprehendió* que este es el foco capital de sus demandas en el terreno de la salud. La cacofonía de los medios en nada contribuye a esclarecerlo. La Web (adaptativa o semántica) potenció su consumo de informaciones sobre “calvicie y obesidad en hombres de mediana edad solteros”. Además, su patrón de ingresos le permite adquirir todas las innumerables novedades ofrecidas por su agente. Su microondas pasaría a rechazar todos los alimentos considerados excesivamente calóricos. Sus compras en los supermercados *on line* serían adaptadas según sus cuotas de calorías diarias. Su ambiente informacional se transformaría en un gigantesco *spam*. No es absurda la hipótesis de que los consorcios de investigación en este campo pasen a vitalizarse por aportes de la iniciativa privada; si hay inversiones, se esperan retornos compensadores. Frente a la frustración respecto de los resultados de sus búsquedas, el agente tutor de Pete pasa, finalmente, a ofrecerle links de psicoterapia *on line*⁸. Los profesionales serían seleccionados, como los fisioterapeutas de su madre, según sus agendas y calificaciones virtuales.

Epílogo: en el departamento de Pete se acumulan aparatos para ejercicios abdominales que desafían científicamente a sus depósitos de calorías y productos para tratar la calvicie. Pete buscó y encontró precisamente aquello que esperaba en la Red.

Es innegable que la información encierra una poderosa energía potencial, alimentadora no solo de la acción, sino también del pensamiento que preside y es presidido por esta. Frente a las experiencias del mundo empírico, en la convivencia con nuestros pares en la sociedad, necesitamos construcciones para resignificar, o no, los mensajes recibidos, aunque nos consideremos portadores de un pensamiento absolutamente neutro y acrítico. La convivencia social demanda una preconfiguración de ideas, desdobladas y categorizadas en formatos diversos: leyes, normas, moral, prejuicios regidos por miedos, incertidumbres, patrones estéticos, necesidades de sensación de justicia, etcétera. En vista de ello, una cuestión se plantea aquí como

⁸Psicoterapia *on line*: Búsqueda Google-resultados: 830 inserciones conteniendo “*psychotherapy online*”; portal de la Dra. Meryl Feldman; sitio web Adriane St. Clare RN, PhD Psychotherapist: <<http://www.healthmgttech.com/archives/h0201psychotherapy.htm>>.

necesaria: ¿qué pasaría si todas las máquinas fuesen instruidas por ontologías desviadas en dirección a la performance y al consumo, definiendo el universo de sus usuarios? Hay un limitador-regente en la ideología de la eficiencia del acceso a las informaciones como proyecto iluminista: la necesidad de integración de las diversas fuentes de conocimiento. Este buffet nos ofrece incontables platos que, en nuestra prisa de consumo, no conseguimos degustar en síntesis. Los elementos aislados de este menú no se perciben en su expansión y el sistema no se retroalimenta en este sentido. La Web es un sistema que crece desordenadamente pues no tiene cómo percibirse y coordinarse en su expansión. O sea, hasta aquí ha sido más un medio de comunicación masivo que crece acríticamente. Ofreció un gran potencial a la movilidad de mercados, en este momento en la entrefaz de burbujas de consumo. No promovió el aprendizaje colectivo aunque haya hecho crecer una cultura volcada al perfeccionamiento de su propia relevancia, como ya nos ocurrió con la televisión.

Las síntesis se construyen de las tesis que buscamos para refuerzo del conocimiento que ya poseemos, así como también de aquellas que nos saltan a la vista y nos confrontan. ¿Qué podría plantearse como problema en el rescate ágil y *purificado* de informaciones? Una respuesta plausible: la no exposición a aquellas que las contrarían. Las síntesis se concretan en los campos de construcción por confrontación de ideas, en el embate de tesis, lo que nos es sustraído por la resolutivez de la búsqueda que se hace (en nuestro nombre) de lo que se juzga que es de nuestro interés. Si tenemos dudas acerca de los ingredientes que componen el conocimiento, no tengo ninguna sobre aquello que no lo erige: respuestas que se presentan listas, sin preguntas que las precedan.

Excesos de sumas y precariedades de sentidos

En el siglo XX alcanzamos la condición de *aldea global*, que reparte productos oriundos de sembradíos y centros fabriles esparcidos por el planeta seleccionados por el darwinismo de mercado. Por otro lado, tales productos son producidos para ser consumidos por el individuo, en un mercado de ciudadanos multifacético en versiones, interpretaciones y premisas. Reafirmamos en el proceso de globalización nuestra condición de “extraños morales” formulado por Engelhardt (1998) o “extraños culturales”, que preservan su extrañamiento e intolerancia ante la cosmovisión del otro. Construimos un ambiente de reparto de objetos materiales cada vez más personalizados, en condiciones de escasa tolerancia al discurso disonante. La comprensión de las relaciones sujetos-objetos siguen por luminosas avenidas, mientras las relaciones sujetos-sujetos progresan por angostas y nebulosas sendas.

En este contexto nunca hubo, desde Gutenberg, semejante potencial para poner a disposición tanta información a tantas personas con costos proporcionalmente tan bajos. En la sociedad de la información, los subsistemas de producción y aceleración de flujos de paquetes informativos se potenciaron como nunca. Sin embargo, ¿qué ocurre después de la apertura de tantos paquetes procesados con semejante rapidez y distribuidos con tal eficiencia? Usando el idioma de la ciencia de la información

¿cómo podemos evaluar nosotros —los sujetos— el impacto de la carga de *input* en la observación de los *output* de las unidades significadoras? La modernidad nos legó un vasto patrimonio de recursos, pero nos deja huérfanos de sentidos.

Con Internet surge un eficiente concepto de stock y rescate de datos: redes de computadoras con pequeños e innumerables centros de información interconectados. En este linaje de refinamientos, la Red se desarrolló a ritmo vertiginoso, conectando virtualmente todo el planeta. Nada escapa a la *Web*. Hay sitios para los interesados en arte producido sobre la base de tejidos orgánicos cultivados específicamente para utilizar con fines estéticos, así como informaciones sobre la cura del cáncer en Sri Lanka. La información fue socializada en la aridez de nuestra condición posmetafísica (Habermas, 1990).

Frente a la inmensa exposición de datos textuales y visuales nunca antes vista en la historia de la humanidad, los desafíos también se modificaron. No obstante, una propuesta razonable para el problema de la integración de información en conocimiento en el plano colectivo aún debe ser formulada por las TIC. Tal vez esta no surja de allí, puesto que sus técnicos parecen estar más ocupados en la potenciación de la capacidad de las máquinas para transmitir y almacenar cordilleras de datos. Es posible, más que nunca, manipular tales contenidos en formas cada vez más sofisticadas, convenciendo respecto de la utilidad de estos recursos para los más variados problemas (que no teníamos antes de la llegada de sus soluciones).

En otras palabras, los técnicos de la Web parecen estar dedicándose inadvertidamente a ampliar el desafío, convencidos de que el volumen disponible de información *per se*, llevará —a través de un proceso de *selección natural virtual*— a la evolución cognitiva del *Homo sapiens*. La capacidad de las máquinas de almacenar y presentar informaciones a veces parece superar la competencia cognitiva humana de sintetizarlas en conocimiento. El fenómeno no es reciente, aunque últimamente haya alcanzado niveles paradójicos, tal vez por falta de crítica a los dominios que se sienten libres para inundarnos con datos sin cualquier compromiso con su pertinencia y persistencia.

Desde el inicio de la Modernidad, la faceta cultural sustentada por el andamiaje científico nos ha protegido del miedo ancestral a lo desconocido. Lo que es externo al esclarecimiento (Adorno & Horkheimer, 1985) y se nos escapa por las rendijas de la ciencia, genera recelos. Lo que no es razonable nos amedrenta por la impresión de su intangibilidad por el conocimiento científico. Ocurre que con el advenimiento de las TIC y el crecimiento incremental del volumen de *conocimiento relevante*, aumentó una forma peculiar de recelo por lo desconocido. Con la expansión desmedida e ininterrumpida de este universo de información a lo largo del tiempo, se explicita, de forma cada vez más reincidente, el recelo de la indeterminación de los límites de las fronteras generadas por este tipo de manantial.

Muchas veces nos sentimos impotentes ante el huracán informacional, donde se acoplan medios y mensajes, en una poderosa sinergia generadora de compulsividades, tanto vinculadas a la impracticable actualización de conocimientos como en la búsqueda insaciable de orientaciones, preceptos, indicaciones, referencias. En especial aquellas dirigidas al ámbito de la salud que, infelizmente, tienden

también a carecer de perennidad. Basta ver la alta perecibilidad de los regímenes dietéticos, sustituidos constantemente por novedades que superarían supuestas fallas no detectadas en las versiones anteriores. Se confunden relevancias y consistencias en el mismo mercado ávido por novedades.

El miedo a lo irrescatable, en confluencia con la incerteza sobre qué es relevante, está permanentemente en cartel en el escenario de la Web y da a luz a nuevas neurosis como la ansiedad de información (Wurman, 1991) y las normosis⁹ informacionales, descritas por Leloup, Weil y Crema (Leloup *et al.*, 1995) como el producto de un conjunto de hábitos, creencias y comportamientos en torno de los cuales existe un consenso de normalidad, pero que presentan consecuencias patológicas (porque son innecesariamente estresantes e inductoras de comportamientos compulsivos), a veces letales. En relación con la cultura informacional, Leloup *et al.* comprueban que hay consenso respecto de la habitualidad del uso excesivo de la informática en el mundo láser, en las relaciones afectivas y laborales con consecuencias patógenas. Citan a Internet como instrumento eficiente para la proliferación de la paidofilia, del nazifacismo (y, más recientemente, del canibalismo consentido) y del terrorismo. Se llega a la obsesión por la competitividad en un mercado de trabajo que incita a los compulsivos a llevar trabajo (por Internet) a casa, robándoles momentos de reflexión y reencuentro con la familia. Hay numerosos ejemplos, como la obsesión de contactos virtuales sin interacción en los chats e ICQ, la compulsividad por la sensación de estar *on line full time* como forma de no sentir la separación de la familia en diferentes perfiles personalizables (como ya fue discutido en el Capítulo I).

Edgar Morin (1986) comienza su libro sobre la cultura occidental en la segunda mitad del siglo XX deplorando la superabundancia de informaciones, característica de la fase contemporánea de la evolución de la especie humana. El exceso de mensajes superaría nuestra capacidad de procesarlos cognitiva, crítica y emocionalmente, puesto que "...el exceso sofoca la información cuando estamos sujetos a la irrupción ininterrumpida de acontecimientos sobre los cuales no podemos meditar, porque son luego reemplazados por otros..." (Morin, 1986). En su vastedad superficial de datos malos, la Red nos expone a una nueva categoría en el campo de la Ciencia de la Información: lo que es relevante, accesible e irrescatable. Tal nebulosa de informaciones perjudica la visibilidad de los formatos y consecuencias que los fenómenos sociales encierran, llevando a la saturación de noticias sobre conflictos, cada vez más involuntariamente trivializados por los medios. Según Morin, "la información da forma a las cosas, la sobreinformación nos sumerge en el informe".

Véase cómo, en la vorágine de la obsolescencia (programada o no) los, *hardware*, *software*, portales y emprendimientos del llamado *ebusiness* rápidamente pierden la supuesta vitalidad: envejecen y perecen como Dolly, el clon de oveja. Si no desaparecieran en la basura, estos elementos podrían ser aprovechados por los nuevos traperos para consumidores de segunda mano, destino final de las novedades tecnológicas, ante la alta velocidad del circuito

⁹Traducción del francés "*normose*".

innovación-producción-difusión-consumo-uso-desgaste-obsolescencia-desaparición.

Es pertinente aquí la mención a la “epistemología de la basura”, referida por Sousa-Santos (2000) al discutir la gran capacidad de destrucción creativa del capitalismo, pero también de la tecnociencia moderna, en la permanente ruptura con conocimientos pretéritos. En el caso en cuestión, la ruptura también sucedería con objetos técnicos que rápidamente alcanzan el estatuto de desdeñables, al ser *superados* por nuevas versiones y modelos (claro que con una buena dosis de artificialidad o maquillaje).

La suma de las máquinas y las síntesis de los humanos

Una de las figuras más patéticas creadas por Jorge Luis Borges es la del hombre aprisionado en la biblioteca de Babel (Borges, 1975). Nació, creció y envejeció cuidando la colección de todos los libros posibles, en una construcción que abriga infinitos volúmenes de 410 páginas, escritos en sistemas de veintidós caracteres separados por espacios, puntos y comas. El personaje nos escribe en su diario, próximo a su muerte, cuando será arrojado al vacío por uno de los infinitos balcones de un edificio de infinitos pisos y, de esta forma, tendrá el cuerpo disuelto en la fricción contra la nada de su caída eterna. La biblioteca alberga leguas y leguas de “cacofonías insensatas, confusiones verbales e incoherencias” (Borges, 1975) y, según lo que todos arriesgan a decir por especulaciones metafísicas, no contiene dos libros iguales.

Todos los hombres que deambulan por la penumbra de las galerías, iluminadas por pequeñas lámparas “insuficientes e incesantes”, son prisioneros de una especie de tarea de Sísifo¹⁰ o, tal vez, simplemente obcecados por la antevisión del conocimiento ilimitado por intermedio de un acervo inagotable de informaciones hasta el momento incomprensibles, pero potencialmente cruciales. Se preguntan si tal vez alguien, algún día, encontrará el sumo *libro de los libros*, aquel en el cual esté registrada la fórmula clave para la solución de todos los grandes y pequeños enigmas del universo.

Por penitencia, oficio o lujuria de conocimiento, había infinitos peregrinos vagando a través de los pasillos del edificio hexagonal, entre sus colecciones insondables, en búsqueda del *índice de los índices*, que revelaría la lógica de organización de las colecciones, perdida milenios atrás. Algunos llegaban al fin de la vida sin el privilegio mínimo de encontrar un libro útil. La gran trampa de la biblioteca, fuente de su fascinación y maldición, sería la perspectiva de tener al alcance de las manos todos los libros ya escritos y por escribir. La ilusión de la abundancia de infinitos textos parecía mitigarles la precariedad de su condición miserable, sin perspectivas de lidiar con la idea de un acervo sin inicio ni fin en el tiempo y en el espacio.

¹⁰Sísifo, personaje mitológico griego, era martirizado por una gran piedra que estaba obligado a arrastrar hasta la cima de una colina, consciente de que la piedra cada noche volvería a caer hacia el punto de origen.

Borges no menciona la creencia en Dios entre estos hombres. Sin embargo, describe algunas sectas como típica estratagema humana de supervivencia psíquica y justificación de acciones ante lo inconmensurable y, por tanto, incontestable. Había bibliotecarios residentes en regiones más agrestes de la construcción —y a los cuales el martirio les fue triplicado por la desesperanza— que habían perdido su fe en los libros. Repudiaban la lectura como superstición equivalente a la interpretación de los sueños y a la quiromancia. Otros, más radicales y desesperados (llamados “purificadores”), invadían las galerías destruyendo los ejemplares que les parecían sin sentido. Ignoraban el hecho de que, aun cuando su poder de destrucción llegase a los millones de libros, tal escala sería infinitesimal frente a la vastedad de una biblioteca infinita.

En realidad, lo que se desea enfatizar aquí no es la búsqueda infructuosa de títulos que fuesen mínimamente comprensibles. Sus pequeñas odiseas personales, sutilmente insinuadas por el autor, consisten en la búsqueda del *sentido* al verse sumergidos en océanos de verdades intangibles. En el cuento, las *verdades* son incuestionablemente presentes, concretas y potencialmente accesibles en todo lo que es dado expresar en todos los idiomas de todos los tiempos. No obstante, la ausencia de un *sentido* estructurante frente al exceso de datos convierte toda construcción en prisión sin salida, de la cual algunos arriesgan escapar al tirarse por las ventanas, falleciendo de hambre y sed en el vacío de su eterna caída.

La carencia de sentido se produce y reproduce en los excesos, como estamos viendo en el transcurso de este libro. Sin embargo, ¿tal dialéctica podría paradójicamente encontrarse con afirmaciones radicales que le bloquearían la idea esencial de oposición de los opuestos como tracción del pensamiento? En términos más simples, ¿sería posible y estaría cercana la muerte de las síntesis en la era de los excesos de tesis y antítesis y de las antítesis sin tesis? Por el método socrático, la verdad se revela en la explicitación de lo que es implícitamente sabido o en la exposición de las contradicciones de las partes que, por esta vía, alcanzan una síntesis, un conocimiento más próximo a la verdad. En los diálogos platónicos, la dialéctica se expande a la totalidad del proceso de iluminación, como modo de alcanzar la forma del bien supremo. En Kant es una *lógica de la ilusión*, que produce creencias sólidas que superan las fronteras de la razón en el rumbo del falso conocimiento de lo que es incognoscible. Finalmente, en Hegel, la dialéctica se aproxima a la idea que nos es más útil en el momento, la de progreso en la superación de las tesis y antítesis por intermedio de la síntesis, a su vez contradicha por nuevas tesis.

En la posmodernidad de la sociedad de la información hemos trabajado incesantemente bajo premisas, como mínimo, defectuosas. El sentido común nos enseña que la abundancia de buenas infomaciones —en la concepción más anti-relativista que sea posible usar para la autoilusión de los excesos— conduce a las mejores decisiones. Existe un interés en Internet como manantial inagotable de conocimiento, riqueza y poder, aunque el mismo impacto observado en el terreno del consumo de bienes no haya sido verificado en el campo del aprendizaje social en salud, aun considerando las estadísticas de los países industrializados en los que Internet alcanzó mayor nivel de penetración en la vida cotidiana. La disociación

entre la cognición y las decisiones en salud persiste en la literatura especializada en procura de hipótesis que ayuden a despejar el enigma.

La adicción química a la nicotina por cierto impele al individuo a fumar, aun cuando tenga conciencia de los perjuicios que sobrevienen con este hábito. Ciertamente, si el tabaco no fuese una sustancia con poder de enviciar, el conocimiento de sus efectos deletéreos —ampliamente divulgados por la cultura contemporánea— sería suficiente para convencer a sus usuarios a modificar sus comportamientos. Sin embargo, la investigación en prevención de cáncer de piel exhibe un contrasentido en la lógica de la mejor información para decidir. La exposición al sol sin protección no puede ser considerada adictiva, pero el 38% de los individuos entrevistados por Robertson & Minkler (1994) estaban plenamente conscientes de los riesgos que implicaba y aun así no manifestaban intención de adoptar el hábito de usar protectores solares al exponerse al sol. O sea, aun cuando plausible y relevante, la información no tuvo fuerza suficiente para orientar decisiones racionales, lo que contradice las premisas base de la información asimilada para una decisión racional.

Según Berlinguer, la enfermedad puede tener múltiples significaciones, todas ellas imbricadas en mecanismos biológicos, sociales, históricos, económicos, etcétera. Puede ser definida como sufrimiento que aflige más a unos que a otros en determinado ambiente; como diferencia de lo que es considerado normal, fisiológico; como peligro antevisto en el otro y en sí mismo; señal de los cielos, de la ciencia o de la naturaleza; y como estímulo al rescate del equilibrio perdido (Berlinguer, 1988). Tal vez la ausencia de síntesis en este campo se deba, primeramente, a la precariedad del concepto de enfermedad que reverbera en nuestra cultura ante la dificultad de situar la salud como su negación.

Multiculturalismo y la creciente demanda de síntesis

Los flujos de electrones posibilitados por las redes de comunicación lineal del mundo virtual inundan la vastedad de nuestro mundo hecho de átomos, propagando un volumen avasallador de tesis y antitesis ubicuas e instantáneas. Tal fluidez se basa en la evolución vertiginosa de las redes digitales, que se reconfiguran como organismos de difusión simbólica en neocomunidades virtuales, que enuncian y se reafirman en sus tesis peculiares. Por lo tanto, además del mito de la suma de las informaciones virtuosas, persisten entre los planificadores de campañas para promoción de salud otras premisas defectuosas (por no estar actualizadas). Trabajan con la imagen piramidal clásica de los medios de comunicación, que de la cúspide emiten mensajes condicionantes, no relativizables, hacia receptores homogéneos confinados en la base sin posibilidad de ascender. Existiría una separación formal entre núcleos emisores y destinatarios (heterónomos), aislados unos de los otros.

En el origen del reconocimiento de los medios de comunicación como valioso instrumento transmisional para influenciar a las masas, podemos encontrar la discusión de los años sesenta sobre el impacto (positivo o negativo) de la TV en el escenario cultural. Era la época de los “apocalípticos e integrados”, como describió

Umberto Eco (2001) en su libro sobre las agitaciones provocadas en el medio académico sobre cultura y televisión. La TV era considerada tanto un apéndice purulento contaminando la mente de la juventud y corroyendo la reunión familiar, como una oportunidad para la diseminación cultural y el aprendizaje de la sociedad. Sea como corruptora o como medio para el enriquecimiento cultural, tanto apocalípticos como integrados percibían a los telespectadores como hojas en blanco, donde se podrían inscribir mensajes condicionantes. En la actualidad sería difícil imaginar hombres de mediana edad como receptáculos vacíos, sintiéndose súbitamente inundados por contenidos amorales (que guiarán sus prácticas futuras) al encontrar fortuitamente sitios pedofílicos o sadomasoquistas en Internet.

Tales premisas se fundamentan en una comprensión epistemológica que estudia estímulos adecuados para respuestas preespecificadas. Estrategias orientadas a la diseminación de informaciones por la Web, la TV y los medios impresos han sido consideradas estratégicas para influenciar a la sociedad. Las acciones de prevención primaria han sido planificadas a partir de premisas centradas en el poder del convencimiento individual por la información de espectadores con una cultura vacía. Todavía se cree en la posibilidad de la neutralización de hábitos perniciosos como la adicción a la nicotina, la exposición excesiva a los rayos solares sin protección, la inactividad física y las dietas saturadas de lípidos y pobres en fibras, al alcance de la diseminación de estímulos cognitivos eficientes. Los mensajes son planteados como recurso para algo que se considera como un *éxito comunicacional*, que en realidad se expresa en la búsqueda de alineamientos comportamentales. Se parte de presupuestos orientados por idealizaciones sobre la eficacia sin limitaciones del modelo lineal de comunicación. Bajo tales perspectivas todo pasa como si los individuos estuviesen fijados semántica y socialmente en un universo de sentidos únicos e inmutables.

Tal imagen ya se deshizo hace mucho, en la constatación de una arquitectura cultural contemporánea de múltiples espacios multipuntuales recíprocamente influenciables. Ciertamente, las emisoras de TV y radio son centros desde los cuales las imágenes y sonidos son distribuidos, al contrario de la Web, donde hay espacios abiertos a la participación de los receptores, en colectividades desterritorializadas. Los mensajes en el mundo contemporáneo son emitidos multicéntricamente y son tematizados en el discurso cotidiano de forma polisémica y relativizante, independientemente de su medio de transmisión. Hay un sistema complejo de significaciones, en el cual todo está en contacto con todo. Los mensajes entre sí, los discursos entre sí, así como los productos culturales como síntesis precarias. En la Web se percibe tal precariedad de interconexión, en su tejido de más de tres mil millones de páginas. En el hipertexto, cada clic sobre un link —las palabras azules subrayadas que nos remiten a una trama atemporal de accesos ocultos— nos abrirá el camino a nuevas alternativas ubicadas en millares de bases de datos, que contienen millones de discursos que se refieren a miles de millones de significados estructurantes en un itinerario sin comienzo ni fin. Esta es una de las grandes innovaciones de Internet: la abundancia de contenidos estandarizados de forma simple, como los libros de Babel, compuestos de páginas sin capítulos, introducciones ni epílogos. La seducción

contenida en la idea de una biblioteca sin fin (a pesar del exceso de datos que dificulta la movilidad y las búsquedas de trazado lineal) se concentra en el encuentro fortuito con fragmentos. Tal vez estos nos revelen tramas transcendentales, ricas en síntesis y sentidos totalizantes, el *sentido de lo uno*, que convertiría tal purgatorio en paraíso.

George P. Landow (1995), citado entusiásticamente por Moraes (2001) en su libro *Hipertexto: la convergencia de la teoría crítica contemporánea y la tecnología*, defiende la renuncia a todo y a cualquier sistema relacionado a la noción de *centro, margen, jerarquía y linealidad*. Estaríamos viendo la mano invisible del *darwinismo* en las sociedades de la información operando la sustitución de estos conceptos superados, por nuevas ideas cardinales de “multilinealidad, nudos, nexos y redes” construidas a su imagen y semejanza. La lectura lineal, según Landow, aunque aún necesaria e insuprimible por completo, se convertiría:

[en una] ...faceta de la experiencia del lector individual, en el curso de una trama ahora multidimensional y, en tesis, infinita [...] Con la posibilidad de consolidar nexos, sean ellos bien programados, fijos o variables, o aleatorios, o una combinación de ambos. (Landow, 1995)

Es importante resaltar la peligrosa proximidad entre antítesis asemejadas. Por un lado (el de Landow) se defiende la multidimensionalidad arreferencial por el acceso irrestricto que se establece *a priori* como verdades unívocas, antepuestas a sentidos y contextos previos. Aquí se enfatiza la interconexión, la “reificación del flujo”, la construcción de sentidos a través de la mera conexión entre núcleos, supuestamente fuentes en un lenguaje universal y totalizante. La construcción del sentido estaría garantizada en la exposición a las múltiples verdades diseminadas por un universo de infinitas dimensiones. Sin margen y centro, punto de partida y llegada, estaríamos más vulnerables al destino de los bibliotecarios de Babel, que penan en procura de sentidos estructurantes. Una vez sometidos a la penitencia de la no agregación (Borges los describe como hombres aislados y solitarios, aunque no les esté prohibido visitarse unos a otros), se les escapa por entre los dedos la oportunidad de consolidar en el discurso colectivo las síntesis que les ablandarían el castigo.

Por otro lado, una multireferencialidad multinucleada conviviría con la idea de que el acceso a imágenes, sonidos, mapas, diagramas y algoritmos los aglutinaría en sentidos estructurantes a partir de referencias apriorísticas adquiridas por los discursos colectivos. Aquí se enfatiza la reinterpretación de contenidos polisémicos. Al apartar la fe ciega en la univocidad del lenguaje universal y totalizante, volveríamos a concentrarnos en la riqueza de sentidos creados por el hombre ante la multiplicidad de realidades a las que está sujeto. Tal imagen se refuerza en el ideal de una comunidad multicultural, sin la necesidad de verdades hegemónicas diseminadas en la velocidad de los electrones. La cultura sería un *discurso*, o un modo de construir sentidos que influyen y organizan tanto las acciones como las concepciones que tenemos de nosotros mismos.

En los encadenamientos de los links, cada sitio inscribe su identidad en la Red a medida que potencia o degenera en su potencial de generar sentidos a los grupos

que lo frecuentan. La modularidad, la no-linealidad, la no contextualización y la fragmentación de los sentidos fluyen por la pantalla del monitor a merced de la potencial captura por nuestros intereses individuales. La selección de los módulos y líneas de itinerarios en la Red es definida por nuestra necesidad de establecer síntesis para la supervivencia en el aquí y ahora. Nuestro proceso de socialización podría ser descrito como la construcción de una matriz de sentidos dinámica, a partir de la cual es posible la coexistencia armónica de las necesidades internas con los imperativos de la convivencia en grupo.

Desde el sujeto en el Iluminismo, dotado de razón, conciencia y acción, pasando por el *sujeto sociológico* constituido en las relaciones con otras personas que median sus valores, sentidos y símbolos expresados en una cultura que confiere sentido a la existencia, el hombre moderno es impelido por la necesidad y sobrepeso de comprender para aceptar. El *sujeto posmoderno*, consecuentemente, no tiene una identidad esencial o definitiva, es definido históricamente, asumiendo identidades diversas en momentos y espacios específicos. La sociedad que lo rodea perdió su carácter de totalidad monolítica, es descentrada, permanentemente reinventada, reconstruida y reconstituida en sus componentes circunstanciales. El mundo cambia, induce a la fragmentación del individuo, obligándolo a asumir varias identidades circunstanciales. Sin embargo, los sentidos estructurantes consolidados en síntesis multiculturales, permanecen como fuentes de referencia. Las síntesis nos alivian el peso de la convivencia con el eterno provisorio.

En este proceso de supervivencia, el hombre a veces reemplaza construcciones estables por la suma de los excesos de abundantes fragmentos para viabilizar o justificar sus nuevos modelos de intervención en el mundo. Bajo los nuevos imperativos categóricos contemporáneos de la *actualización*, del *upgrade* y del *reciclaje*, se aleja frecuentemente de lo que tenía como sustantivo, relativizándose permanentemente ante atributos que les son definidos *a priori* y que se modifican. A partir de tal necesidad de alineación, la identidad como un proyecto acabado se transforma en algo semejante a un proceso de *reciclaje identitario*, en el cual la materia es conservada para ser remodelada en nuevos formatos, útiles a un determinado nuevo proceso que, a su vez, raramente es concluido en proyecto acabado. En este contexto, como en la metáfora de la biblioteca infinita, se coloca en la posición de rescatar verdades despedazadas, en la necesidad de autocompletarse con verdades, dispensando sentidos. En el transcurrir de tal penitencia, lujuria o deber (dependiendo del contexto de su relación con la actividad de comprensión del mundo), extrae el caos del desorden. Parece de inanición cognitiva ahogado en un océano de alimento (sensación que a veces nos asalta al navegar en los *cementerios de datos*, en las páginas desactualizadas de divulgación de eventos que ya ocurrieron).

La falacia de la mente planetaria

En la metáfora de Joël de Rosnay (1995), en el ciberespacio seríamos “neuronas de un cerebro planetario”, que produce ideas incesantemente fundamentadas en

una especie de ecología comunicacional. Sin embargo, en muchos campos de esta corteza planetaria, el flujo de informaciones, por sí mismo, no se mostró suficiente para inducir cambios en el comportamiento de la especie humana como organismo. No contribuyó tanto para la adaptación del *homo sapiens* al medio y no condujo a una mejor comprensión de la naturaleza humana en la dimensión subjetiva o social. Examinada con una mirada más crítica, la premisa naturalista de la metáfora de la corteza planetaria se ve perjudicada en muchos puntos. En la Web no hay centros directivos ni comandos decisorios. Como consecuencia, en la calidad de sistema complejo su progreso es errático, acompaña pero no determina con exclusividad la expansión del medio cultural que la incluye. No hay historicidad en su expansión y sí una evanescencia permanente de tesis y síntesis, lo que también perjudica la metáfora del conocimiento planetario, sin una biografía para sedimentar y contextualizar su experiencia (si fuese posible sobreponer una lógica constructivista a tal figura metafórica).

El carácter interactivo y multipolar de la transmisión de datos ataca los límites demarcados por instituciones hegemónicas y por los medios de comunicación. Los contenidos que circulan por Internet no se someten a planes de programación, rutas preestablecidas o a instancias de evaluación, redistribuyéndose sin el peso de los consejos editoriales de la industria cultural. Por lo tanto, el cerebro planetario está libre de un superego que le imponga el peso de valores sobre sus impulsos vitales.

Frecuentemente, la construcción del conocimiento no ocurre por síntesis y sí por sumas, posibilitadas por *software* acrílicos que localizan contenidos afines por el recurso de las palabras clave. Cabe a los internautas la selección de las tesis, productos de sus búsquedas, sin confrontaciones y sin embates con orientaciones antagónicas. El individuo consume libremente los productos cognitivos ambicionados. Los textos, sonidos, imágenes, tesis o antítesis, más útiles o placenteros son buscados en los enfoques más seductores.

Por tanto, en vista de la metáfora de Rosnay, nuestro cerebro planetario sería un órgano sin centralidad y autopercepción. Libre de contenciones y, al mismo tiempo, sin rutas nítidas a seguir en medio de la cacofonía de millares de millones de páginas evanescentes en casi todos los idiomas. Una suma infinita de tesis que se desencuentran de sus antítesis en procura de síntesis. No hay muchos espacios para perspectivas de evolución de nuestra racionalidad comunicativa, en la dirección de los discursos revelados en la explicitación de lo que es implícitamente admitido. No hay exposición de las contradicciones de las partes, puesto que estas se visitan por estar alineadas culturalmente. En ausencia de un superego, de un ideal de virtud (exceptuándose el que se refiere a los éxitos mercadológicos), de un sentido moral o deontología mínima, prosigue en búsqueda de sentidos como los bibliotecarios de Babel.

Autocuidarse ¿cómo?

¿Qué les interesa a las personas cuando entran a sitios sobre salud? ¿Qué buscan en el oráculo de Internet? ¿Seríamos capaces de percibir sus intereses viscerales? La Web

es una red mundial de información en tiempo real hermenéuticamente ilustrativa. Como medio de diseminación y libre expresión, también podría ser observada como plataforma de anhelos, miedos y deseos humanos. Sería interesante estudiar todos los preanuncios de nuevos órdenes sociales y expectativas humanas en ellos inscriptos. Es atractiva la idea de investigación del imaginario acerca de la construcción de este nuevo orden en el cual todos tienen acceso directo y barato a la información, con total privacidad. No obstante, nos interesa específicamente la cuestión de la salud y la crítica al modelo cognitivista competitivo de que nos valemos para inundar a las masas con océanos de datos.

Hay esfuerzos notables para amenizar la importante cuestión de la *división/brecha digital global* entre las poblaciones informatizadas y las desposeídas que tiende a ampliar las discrepancias socioeconómicas. Pero las propuestas tienden a ser primordialmente técnicas. Más allá de la falta de acceso de los desinformatizados (sin *hardware* y/o *software* y/o *Web*), es necesario tener en cuenta el hecho de que estos recursos no fueron concebidos ni desarrollados por los respectivos productores de bienes y servicios para tales grupos. Basta ver el idioma predominante en la Red. Por lo tanto, son más desafiantes los problemas de aproximar culturalmente a los individuos desinformatizados a las nuevas tecnologías y sus desdoblamientos (Edejer, 2000). A pesar de ello, hay valiosas y admirables iniciativas para enfrentar tales limitaciones. Uno de los mejores ejemplos no es gubernamental. Se trata del Comité para la Democratización de la Informática, creado por Rodrigo Baggio, hijo de un ejecutivo de IBM. Él y su equipo buscan aulas, entrenan instructores y proveen computadoras en villas miseria. Ya recibió ayuda de empresas nacionales y extranjeras y brinda consultoría en otros países.

Es perceptible la desigual calidad de la información en la Red, como señala una nueva línea de estudios evaluativos, por ejemplo, el dimensionamiento de la calidad de la información en la Web sobre tratamiento de la depresión (Griffiths & Christensen, 2000). Y ¿qué decir sobre nuestros portales de salud? En nuestro trabajo —a modo de ilustración, despojada de rigor evaluativo— identificamos breves aspectos que sugieren la necesidad de investigación en esta área.

En el caso de las informaciones sobre salud, existen aspectos relativos a dimensiones socioculturales y educacionales para tomar decisiones bien informadas. Estas implican entendimientos, no siempre accesibles, de los procesos de construcción de los conocimientos biotecnocientíficos en la resolutivez de cuestiones de salud. ¿Cuáles serían los contenidos básicos de epidemiología y de estadística necesarios para que los individuos decidan racionalmente acerca de medidas de autocuidado sobre dieta, ejercicio y no tabaquismo? ¿Será que se trata de brindar información y técnicas de auxilio para la decisión basadas en evidencias? Estas condiciones pueden ser necesarias, pero insuficientes, si tenemos en cuenta las dimensiones no racionales, inconscientes, que habitan la volición humana.

En medio de las tentativas de análisis sobre la contemporaneidad (sea tecnófila, sea tecnófoba, sea tecnoambivalente), podemos visualizar la imbricación de tres sistemas que participan en la organización de las configuraciones del mundo actual: el predominio de la razón instrumental y sus producciones tecnocientíficas; el poder

concentrado por la reunión de instituciones e ideologías; la creencia en la supremacía de los mitos, símbolos y ritos promovidos por la tecnociencia.

Como posible resultante de este escenario presenciamos una colonización de la sociedad por la alianza entre los generadores de conocimientos especializados, los especialistas que los producen como objetos tecnológicos, el conjunto del sistema industrial (los macrosistemas técnicos) y las redes de comunicación, distribución y consumo. Convivimos con un exceso de imágenes, textos y elecciones posibles. Una de las consecuencias palpables está constituida por la ampliación de rupturas con las configuraciones simbólicas y con las mediaciones que rigen las maneras de ser en conjunto (Balandier, 1999).

En el caso de la salud, tenemos la generación de una sociedad de individuos que se reconfiguran bajo la forma de protopacientes sin médicos, en consumidores de mercaderías/servicios vinculados tanto a la informática como a la pretendida protección de la salud. Basándonos en Cohn (2001), cabe aquí un comentario sobre la relación consumidor/ciudadano/individuo: en los países económicamente más fuertes, las políticas sociales lograron mayor igualdad en el interior de sus sociedades, a través de los llamados *welfare states*. A pesar de sus actuales *encogimientos* a partir de los dictámenes neoliberales y de las crisis fiscales, fue ahí que se constituyeron y se establecieron los derechos de la ciudadanía. Estos, de hecho, no vinieron separados del movimiento de afirmación del propio estatuto del ser *ciudadano*, viabilizado por las inherentes condiciones socioculturales y políticas de sus contextos socioculturales.

Así, tales ciudadanos, ocupando criteriosamente su lugar de consumidores bien informados, conscientes de sus derechos, lidiarían con las imposiciones del mercado en forma más autónoma.

Sin embargo, como indica Bauman (2000), en función del inexorable proceso de individualización contemporáneo —como fue mencionado al inicio del texto—, el individuo se constituye en un vector de desgaste y fragmentación para el ciudadano. El primero usufructúa la libertad personal de elección, inclusive para consumir como mejor le plazca, incrédulo, indiferente o, en la mejor de las hipótesis, cauteloso, respecto a participar de acciones efectivas dirigidas al *bien común*. Y el segundo buscaría su propio bienestar a través del bienestar de la *ciudad*. Por más resultados favorables que proporcionen, la búsqueda de intereses comunes de los ciudadanos es vista, en el límite, como restricción a la libertad de elección personalizada por parte del individuo de derecho. Pero para que este se convierta en un individuo de hecho, es imperioso que se convierta antes en ciudadano.

En fin, es innegable, vivimos en Occidente, con variaciones conformes a las características de las distintas formaciones sociales, políticas y económicas, en situaciones hipermediatizadas, sociedades de individuos sometidos a la nueva trinidad: información, comunicación, técnica. Como señala Balandier (1999), somos todos cada vez más pertenecientes a la categoría *Homo cathodicus*, seres mediados por teclas y pantallas. En estas circunstancias, proliferan informaciones no siempre congruentes y aumentan las incertezas y las ansiedades frente a esta saturación de posibilidades.

A pesar de la importancia atribuida a la faceta libertaria y democratizante de Internet, son necesarios prerequisites tecnoculturales para acceder a ella. Vale retomar la discusión de Sousa-Santos (2000) sobre la doble ruptura epistemológica entre conocimiento científico y sentido común: la primera ocurre cuando la ciencia se diferencia del sentido común; la segunda consistiría en romper con la primera para transformar el conocimiento científico en un nuevo sentido común. Pero que este no se convierta en regulatorio y sí emancipatorio. Entonces, ¿cómo las estrategias comunicacionales viabilizadas por los objetos tecnocientíficos nos permitirían salir del sentido común conservador y llegar al conocimiento emancipatorio, la que que no rechaza la tecnología, incluso la utilizada para acceder al “autoconocimiento [...] y traducirse en sabiduría de vida”? (Sousa-Santos, 2000). Para ello, el autor detalla los elementos de una “epistemología de los conocimientos ausentes” en el interior de una “epistemología de la visión” que lidia con la tensión entre las facetas regulatorias y emancipatorias del conocimiento. En ese punto, el sociólogo portugués señala la necesidad de prudencia en vista de percibir y controlar la mayor inseguridad, especialmente en los grupos oprimidos, excluidos, vulnerables de la sociedad y que más se beneficiarían de prácticas emancipatorias.

Si, por un lado, son visibles las manifestaciones de descontrol de la técnica tales como se observa:

- En la proliferación de sitios web que difunden paidofilia, nazifascismo, anorexia nerviosa, que enseñan procesos químicos y técnicas laboratoriales para la producción de psicofármacos (como el *ecstasy*), o hasta artefactos explosivos.
- En la creación incesante de nuevos y virulentos virus de computadora (transgresiones de la técnica contra sí misma).
- En el recrudecimiento y ampliación del terrorismo fundamentalista que utilizó la *Web* en sus comunicaciones, hecho que generó restricciones y control en el flujo de mensajes de la Red.

Por otro lado, es necesario asumir los indiscutibles beneficios de la innovación, de la producción y la eficacia de los recursos biotecnocientíficos en el ámbito de la salud: vacunas, fármacos más potentes, equipamientos médicos para aumentar la precisión del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Son evidentes los efectos en términos de aumento de la longevidad y en las tentativas de aplazamiento de los efectos del envejecimiento para aquellos capaces de actuar como agentes de consumo.

La puesta a disposición de datos y de programas computacionales de auxilio a la decisión vía Internet puede ampliar el acceso de las poblaciones a la información sobre cuestiones cruciales de la vida y de la salud. Además, puede ayudar a reducir los desgastes y las ansiedades derivados de las incertezas que se insinúan en las prácticas de salud, tanto del lado del profesional como del de quien necesita cuidados, no importa el nombre o papel que se le atribuya. Con seguridad, es importante el estudio de usos de la informática en salud y de los respectivos riesgos según la inadecuación de los contextos de comunicación y, además, acerca de las dificultades

de reglamentación consistente frente a temas relativos a la salud en la Red. Pero sobre todo, aun con los problemas derivados de la individualización, aún es esencial que sean creadas condiciones de aproximación entre los estatutos de ciudadano y de consumidor (y de conocimiento regulatorio y emancipatorio) en sociedades profundamente inequitativas como la nuestra.



Capítulo 2

Prótesis de la comunicación y sus excesos¹

Excesos, vacuidades y prótesis

En el campo de la salud pública, los programas educacionales de promoción de la salud han echado mano a diversas estrategias para incrementar la autoresponsabilización por el reconocimiento de estilos de vida poco saludables. De forma semejante, en el ambiente hospitalario —aunque considerando contextos mucho más específicos— se mantienen las mismas perspectivas. Además de ellas, es necesario atender a la demanda de informaciones sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intuitivamente reconocida por los equipos de profesionales.

En el ambiente asistencial, observamos un fenómeno singular: la proliferación no controlada de manuales y *folders*, entre otros tipos de folletos informativos para pacientes (*patient information leaflets*, PIL) para la transmisión de informaciones técnicas. Tales excesos tal vez se deban a la creciente necesidad de atender a la demanda de información de los pacientes sobre los procedimientos y los riesgos de eventuales complicaciones. Estas lagunas, cuando son reconocidas, motivan a los profesionales a la elaboración de textos, instrumentados por las facilidades de los procesadores de texto, colecciones de *clipart* e impresoras de computadoras personales.

En las instituciones de salud abundan procesos independientes que, bajo otra óptica, se interconectan, ya que todos tienen en el paciente un hilo conductor. La descentralización no coordinada de los procesos administrativos, frecuentemente ignora el impacto de la proliferación de los PIL sobre el funcionamiento global de la institución. Sin embargo, la creatividad de los equipos autónomos para producir textos técnicos ilustrados, al servicio del peculiar atomismo e incomunicabilidad en el interior del archipiélago hospitalario, consume anualmente toneladas de papel ricamente ilustrado.

Aunque motivadas por el propósito de educar (transmitiendo información), o como precaución contra futuras interpelaciones legales, la necesidad de mantener a los pacientes informados es ampliamente reconocida y practicada en las más variadas situaciones clínicas. Los bajos costos implicados, así como la popularización de los

¹Versión anterior publicada como Vasconcellos-Silva, Rivera & Rozemberg (2003).

impresos editados en computadoras personales, ayudaron a consagrar la editorialización y reproducción de folletos informativos. Todo ese material se mezcla con los impresos oficiales idealizados por los órganos públicos para la promoción de campañas de salud. Desde el punto de vista textual, la transmisión de informaciones, la promoción de autoresponsabilización, el ritualismo jurídico en las tramas de la asistencia y las expresiones de apoyo y solidaridad se acumulan en las recepciones de los centros de atención ambulatoria y se confunden en textos y contextos variados.

Tales prácticas son justificadas en numerosas circunstancias, que confunden premisas de partida y llegada: facilitar la adaptación a situaciones clínicas, promover la adherencia a tratamientos de corto y largo plazo; atenuar ansiedades frente a procedimientos dolorosos o invasivos; modificar hábitos de riesgo; reducir la posibilidad de complicaciones causadas por conductas inadecuadas derivadas de orientaciones insuficientes, así como precaverse contra futuras interpelaciones judiciales. A veces, bajo una fuerte perspectiva skinneriana, son sobreestimadas como eficaces refuerzos positivos de condicionamiento. No obstante, lo que se observa es la competencia de los textos por la atención de la misma clientela, que recorre los diferentes nichos operativos del archipiélago hospitalario.

Este fenómeno puede ser interpretado como el interés por la humanización del ambiente hospitalario, que se expresa en el esfuerzo por atenuar el sufrimiento derivado de las incertezas y desesperanzas. Por otro lado, tal vez exprese un gran lapsus institucional en la planificación de estrategias de integración entre los núcleos operacionales atomizados, que generan sus textos redundantes. Todos estos vehículos de información son superpuestos a procesos institucionales ya cristalizados, frecuentemente estancos y débilmente articulados (Rivera, 1995; 1996).

Es interesante resaltar que toda esta inversión en recursos materiales y operativos, raramente ha sido precedida por investigaciones de demandas de información, así como, en general, tales producciones ignoran proyectos de evaluación posterior. Paul *et al.* (1998) refuerzan esta premisa, al evaluar folletos sobre cáncer de mama en Sídney, Australia. Concluyen que no es común que la relación costo-beneficio sea tenida en cuenta en la producción de folletos en su país, ya que —después de terminados— los resultados raramente son evaluados. Arthur (1995) señala la misma paradoja, recordando que no obstante las grandes inversiones, tan practicadas en la esfera asistencial, hay pocos estudios criteriosos en relación con el enorme volumen de material impreso para estas finalidades. Como otros, cuestiona la utilidad y aplicabilidad de este recurso cuando no es precedido de estudios de demanda y comprensibilidad. Termina afirmando que, dado que los profesionales consideran importante mantener a sus pacientes informados por medio de folletos, los estudios en este campo deberían ser profundizados por razones tanto económicas como éticas.

Una excepción ilustrativa a la tendencia general de escasez de evaluaciones de impacto, puede ser observada en el trabajo de Humphris *et al* (1999), donde se describe la organización de una serie de tres estudios acerca de folletos para la prevención y detección precoz de cáncer oral, en los cuales se evaluó no solo el proceso de preparación, sino también los mecanismos específicos de validación

por intermedio de *experts*, estudios de legibilidad y, finalmente, cuestionarios en los cuales se chequeó el grado de conocimiento adquirido por la población que tuvo acceso a los textos impresos. Partiendo de una perspectiva esencialmente estadística, afirma que las pruebas de confiabilidad y validación, así como los instrumentos para cotejar el grado de conocimiento tras la *exposición* a los folletos educativos, son esenciales en este tipo de actividad. Este ejemplo ilustra de forma interesante la superposición del sesgo cognitivista transmisional a las demandas educacionales advertidas en este contexto. El primero, ocupado en la diseminación de informaciones y en el perfeccionamiento de instrumentos específicos de vehiculación, que necesitan medir sistemáticamente sus impactos (no solo respecto de la cuestión de la comprensión, sino también en lo referente a la fijación de contenidos) y del cual derivan otros estudios para validación de todo el proceso (o sea, de la producción del vehículo, del instrumento de validación, y de la evaluación de impactos). En un trabajo posterior de Humphris *et al.*, (2001), se correlacionan linealmente los contenidos informativos con su potencial capacidad de modificar hábitos en el terreno de las informaciones sobre prevención de cáncer oral. Advertimos en el transcurso del texto que el éxito de los cuestionarios de validación de los PIL (evaluación de atributos cognitivos) era inequívocamente considerado como garantía de cambio de comportamientos.

En otras palabras, todo se hace como si hubiese una inequívoca certeza apriorística acerca de qué es lo que la clientela desea saber, estructurada sobre una fe en el mensaje invariable: la información que solo puede ser interpretada en un único paquete unívoco. Prosiguiendo con la misma línea de razonamiento, las publicaciones que buscaron estudiar el proceso de producción e implantación de los PIL y sus efectos perceptibles, se ofrecen a un excelente estudio hermenéutico. En la visión de los especialistas que los producen, tales relatos y análisis pueden asumir explícitamente la meta de incrementar la autoresponsabilización en salud. Por otro lado, pueden seguir por un sesgo jurídico, promoviendo la “profilaxis de las interpelaciones judiciales”. Como ejemplo emblemático, Ward *et al.* (1998) alertan a los profesionales de la salud sobre la falla de los folletos, al informar inadecuadamente a los pacientes acerca de los riesgos involucrados en los tratamientos (estudiando la azatioprina: droga de quimioterapia usada en las enfermedades inflamatorias graves del tracto intestinal) que podrían exponer al cuerpo médico a riesgos jurídicos innecesarios.

De forma tácita o explícita, se observa la descripción de estrategias de convencimiento para alcanzar los resultados de la atención médica (*health care outcomes*) esperados. Existen estudios prescriptivos en exceso, no rara vez con énfasis cognitivista. Proliferan trabajos que abogan por el desarrollo de métodos y herramientas —las prótesis de comunicación— admitidas como más eficaces que las prácticas relacionales y dialógicas. A veces emerge la necesidad de tematización de temas tabú, como sexo y muerte, que exigen veracidad, sinceridad y simetría en las relaciones profesional-cliente. Surgen, en este contexto, materiales impresos en reemplazo de los contactos plenos, admitidos como una función deficitaria a complementar. Nos parece que la priorización cognitiva y el concepto de comunicación lineal son

hegemónicos, teniendo en cuenta el énfasis en los desniveles educacionales y étnicos comprendidos en la producción de sentidos.

Cognitivistas y alineamiento comportamental

Cole (1979), uno de los primeros cognitivistas en estudiar y publicar conclusiones sobre este tipo de material, evaluó la legibilidad de textos educativos sobre salud por intermedio de cuestionarios que cuantificaban el índice de comprensión acerca de 15 términos seleccionados en el texto. Al advertir la complejidad de la terminología utilizada por los profesionales de la salud, sugirió la inclusión de glosarios para incrementar la efectividad de los contenidos. Las frecuentes dificultades en la comprensión de los términos técnicos fueron relacionadas al bajo nivel socioeducacional de los voluntarios. En relación con este último aspecto, Griffin & Griffin (1996) acentúan el hecho de que los folletos informativos son mejor recibidos y utilizados por pacientes de la clase A y B en relación con los demás, a pesar de que las mayores demandas de información se concentran en las clases sociales económicamente desfavorecidas, justamente las que cuentan con un tiempo menor de consulta, por el sistema público de salud en Inglaterra.

Se advierte que, aunque aparentemente contradictorios en resultados y conclusiones, la tónica de los trabajos que evalúan el valor de los folletos es fundamentalmente cognitivista, centrada en el aspecto de la legibilidad y pretendida univocidad para la comprensión y asimilación de los contenidos. Existen estudios emblemáticos, como los organizados por Mant *et al.* (1998), acerca de los efectos de folletos informativos distribuidos a pacientes que sufrieron accidentes vasculares encefálicos. Tras la distribución del material impreso, los pacientes y sus cuidadores fueron evaluados por intermedio de cuestionarios y *scores* en relación con sus beneficios cognitivos, así como la satisfacción general en relación con las informaciones puestas a disposición y mejorías en la calidad de vida. A pesar de las reconocidas limitaciones de sus estudios, concluyó que hubo solamente beneficios cognitivos, sin resultados estadísticamente relevantes acerca de las demás categorías.

Gibbs *et al.* (1990) involucraron a 3.410 pacientes en sus investigaciones para evaluar folletos sobre prescripción de medicamentos (penicilina, antiinflamatorios no esteroides y betabloqueantes). Utilizando el método de *grupo control*, se seleccionó 1.809 personas que recibieron, solamente, informaciones impresas (en comparación con el restante, orientado también con informaciones verbales). Los pacientes orientados verbalmente exhibieron un conocimiento mayor sobre los efectos adversos de los medicamentos, aunque no hayan sido mencionadas diferencias en sus comportamientos en relación con la incidencia de quejas sobre tales efectos. Siete años antes, George *et al.* (1983) estudió la interferencia de los impresos sobre efectos adversos de medicamentos y concluyó que no había diferencias en la incidencia de efectos colaterales entre el grupo orientado por folletos y el grupo control (que no recibió cualquier tipo de orientación).

En un metaanálisis organizado por la Fundación Cochrane (Freemantle *et al.*, 2000), se revisaron trabajos que describían el uso de impresos informativos y sus influencias sobre el comportamiento de profesionales y pacientes. Tal estudio agrega más dudas que aclaraciones. El objetivo de esta revisión fue evaluar el efecto de este material en el impacto advertido en las evoluciones clínicas. Fueron estudiados once trabajos (que involucraron a 1.848 médicos y sus pacientes), que comparaban el efecto de los impresos con grupos control, incluidas las intervenciones potenciadas por contactos personales (conferencias, reuniones, grupos focalizados y talleres). Los autores concluyeron que el material impreso, cuando fue comparado con el grupo control, había desencadenado resultados poco expresivos, de escasa importancia práctica y relevancia clínica incierta, aun admitidas las limitaciones de evaluación de las fuentes primarias. Se consideró pequeño el impacto provocado por otras estrategias de transferencia de informaciones (conferencias y talleres), aunque haya merecido destaque el papel de las visitas educacionales y la influencia de *formadores de opinión*, consideradas como probablemente valiosas. Aunque reconociendo que esta es una práctica económicamente accesible, los autores cuestionan la idea de que la mera transferencia de informaciones sea capaz de interferir en comportamientos y modificar decisivamente el curso de las acciones terapéuticas. En este trabajo, así como en otros posteriores, cognición y comportamiento por momentos se articulan o se disocian irreconciliablemente.

Chung *et al.* (2000), estudiando la falta de informaciones sobre la prevención del cáncer de boca en EEUU, advirtieron que cerca del 15% de la población nunca se sometió a un examen para detección precoz. Atribuye la baja adhesión a la escasez de material impreso disponible, lo que conduce a la ignorancia sobre el tema. Agrega que, además de escasos, tales materiales son producidos en un nivel de legibilidad demasiado alto para el promedio de la población. Tales presupuestos son compatibles con las frecuentes tentativas de correlacionar linealmente la competencia cognitiva con el cambio de comportamientos, lo que puede incurrir en orientaciones reduccionistas que nos alejan de la complejidad que implica el tema. Un ejemplo clásico (ya mencionado en el Capítulo 2) que se contrapone a la creencia en el poder modificador de comportamientos de la cognición, se refiere al estudio sobre el reconocimiento de la importancia del uso de protectores solares y su utilización en la prevención del cáncer de piel. Robertson & Minkler (1994) encontró que el 38% de la población consciente de los riesgos de la exposición a los rayos del sol no usaba y no tenía intención de usar los protectores.

Tesis: la información impresa contribuye a la modificación de comportamientos

A pesar de la descripción de muchos fracasos, el poder de la información en atenuar ansiedades frente a la inminencia de procesos invasivos o dolorosos siempre fue reconocida, aunque sin muchas bases factuales. Jackson & Lindsay (1995) compararon el efecto de folletos que tematizaban el miedo de la antesala del dentista con

ítems que contenían informaciones detalladas sobre los procedimientos odontológicos. Utilizando un cuestionario/score para evaluar niveles de ansiedad (*Spielberger State Anxiety Inventory*), encontraron resultados más estimulantes entre los pacientes que tuvieron acceso al segundo grupo de folletos. Murphy *et al.* (1995) también reconocen los efectos benéficos, en términos de atenuación de sentimientos negativos y somatizaciones, en los cuidadores de pacientes que recibieron kits informativos con folletos producidos para este fin.

Tourigny (1998) agrega que informaciones impresas dirigidas a pacientes pediátricos y sus familiares pueden ser útiles en el período preoperatorio de pequeñas cirugías, también categorizando tales iniciativas como educacionales. Respecto a la promoción de salud en el ambiente de trabajo, Harvey *et al.* (2000) también se muestran optimistas en el potencial de los materiales impresos evaluados para modificar comportamientos, así como MacFarlane *et al.* (1997), quienes advierten un menor número de reconsultas tras esclarecimientos impresos referidos a los retornos innecesarios y prescripción poco criteriosa de antibióticos en pacientes portadores de enfermedades pulmonares crónicas. Chung *et al.* (1999) estudiaron la influencia de folletos informativos en la tentativa de reducir el consumo de benzodiacepínicos por períodos prolongados y encontró modificaciones de comportamiento en el 25% de los pacientes (reducción promedio de 2,5mg/día).

Antítesis: la información impresa no modifica comportamientos

La ausencia de correlaciones entre información y cambios de comportamiento es muy reconocida desde los estudios pioneros de los educadores críticos como Paulo Freire (1977; 1983; 1988; 1997). Es parte del sentido común de los educadores de esta línea de pensamiento (quienes se apoyan en numerosos estudios antropológicos, sociológicos y psicológicos) que la ampliación del conocimiento es generada en la trama de una amplia red de factores subjetivos que interfiere no linealmente en la construcción de los comportamientos.

Tales presupuestos parecen converger con la experiencia profesional de algunos autores que demuestran reducidas expectativas respecto de la línea cognitivista. Murphy & Smith (1993) se muestran pesimistas al estudiar las opiniones y formas de utilización de material impreso por parte de diversas categorías profesionales de salud en Cardiff, Inglaterra. Advierten una escasa expectativa entre los profesionales respecto de la capacidad de los impresos educativos para generar hábitos saludables o modificar comportamientos en sus públicos.

Tales resultados son confirmados por Howells *et al.* (1999), quienes no encontraron beneficios en los PIL, en el sentido de reducir ansiedades y atenuar problemas psicosexuales tras la colposcopia (examen de la cavidad vaginal y del cuello uterino). En el campo de la detección precoz de cáncer de mama por intermedio de exámenes diagnósticos, Drosaert *et al.* (1996) no encontraron ventajas cognitivas en la utilización de material impreso, aun cuando previamente fuera acordado por otras pacientes que experimentaron tales procedimientos.

Este descrédito parece estar reforzado por la manera superficial con que el tema de la evaluación de los impresos sobre salud es tratado por sus autores. Fitzmaurice & Adams (2000) en amplia revisión sistemática de los folletos sobre hipertensión arterial en Inglaterra, encuentran varios problemas que involucran no solo la cuestión de la legibilidad textual, sino también la visibilidad de caracteres, el diseño y el lenguaje visual como un todo. Concluyen que los profesionales de la salud deberían estar más atentos y críticos a la producción y evaluación de este tipo de recurso para que la *buena información* no se pierda cuando es vehiculizada en formatos inadecuados.

Murray *et al.* (2001) evalúan el material impreso distribuido a las gestantes para *screening* del síndrome de Down en Inglaterra. Lo consideran, en general, de baja calidad respecto de sus atributos de legibilidad y en relación con contenidos relevantes omitidos. Dickinson *et al.* (2001) amplían el campo de muestra al estudiar el modelo prescrito por la European Commission para folletos educativos en salud distribuidos en la Unión Europea. Concluyen afirmando que el modelo prescrito por la EC era demasiado rígido, no conduciendo a los beneficios cognitivos esperados al fallar en el adecuado esclarecimiento de conceptos considerados sustantivos. En relación con los folletos distribuidos para prevención de toxoplasmosis congénita en Inglaterra (Newton & Hall, 1995), se encontraron errores factuales, preconización de prácticas consideradas arriesgadas e insuficiencia de los contenidos mínimos necesarios para modificar comportamientos.

Resultados y conclusiones semejantes fueron obtenidos en otros contextos, como en la evaluación de impresos sobre higiene oral (Newton, 1995), y sobre asma (Bauman, 1997) y Mumford (1997). Este último evaluó los elevados niveles de ilegibilidad en folletos educativos producidos por enfermeras especializadas en diversas clínicas. Concluyó reconociendo que hubo pocos progresos en 40 años de investigación en este campo, además de cuestionar el papel de los *scores* de legibilidad en la producción de material educativo impreso.

Little *et al.* (1998), estudiando folletos para el auxilio de opciones sobre métodos anticonceptivos, encontraron —vía análisis estadístico— escasos resultados en el campo cognitivo. Finalizan reconociendo que, aunque interrogar pacientes acerca de los contenidos más adecuados a ser incluidos consume tiempo, tal vez tales iniciativas agreguen beneficios cognitivos interesantes. En un estudio posterior (Little *et al.*, 2001), se evaluó el efecto de folletos enviados por vía postal acerca de enfermedades de menor gravedad y el impacto generado, a partir de las informaciones enviadas, en la demanda de este tipo de afección. Se llegó a resultados semejantes, o sea, impactos insignificantes en la reducción de la demanda.

Glanz & Rudd (1990) evaluaron 38 folletos sobre el control de colesterol y concluyeron que presentaban un grado de complejidad de vocabulario relativamente elevado, además de la ausencia de informaciones relevantes para la clientela a los cuales se dirigían. Además de la inadecuación del vocabulario y las consecuentes dificultades para la lectura, Wilson (1996) verifica también el uso de materiales impresos de baja adecuación étnico-cultural. Menos del 10% de los folletos fueron considerados

sensibles a las diferencias culturales y étnicas de las comunidades de Detroit, donde organizó sus estudios.

Bjørn *et al.* (1999) se ocuparon del estudio lingüístico de contenidos relacionados con el consentimiento informado para adhesión a estudios clínicos, partiendo de las mismas premisas cognitivistas de legibilidad. De forma similar, Petterson *et al.* (1994) analizando la legibilidad y adecuación de los folletos educativos sobre diabetes, distribuidos a pacientes ancianos en un hospital-escuela (Hope Hospital, Inglaterra), observaron que el 10% de los impresos usaba un vocabulario inadecuado y el 73% no cumplía los criterios mínimos de visibilidad de los tipos gráficos. Los autores observan que aun los folletos producidos por especialistas en comunicación, a pesar de ser más simples y accesibles, frecuentemente no cumplían los criterios mínimos de visibilidad y comprensibilidad, lo que podría expresar inhabilidades en la comunicación gráfica y textual.

Bernardini *et al.* (2000; 2001) suscriben tales prioridades al describir la demanda de pacientes por modificaciones tipográficas, colores, símbolos y formatos preferidos para la información impresa sobre medicamentos. En sus estudios organizados a partir de 1.004 entrevistas, señalan dificultades manifiestas tanto en el rescate de informaciones relevantes (efectos colaterales, uso en el embarazo, posología, contraindicaciones, entre otros) como en su comprensión. En 2001 exponen los resultados de cuestionarios distribuidos con la finalidad de definir mejor los atributos considerados imprescindibles. En este segundo estudio es nítida la demanda de aspectos gráficos que faciliten la disponibilidad de las informaciones, así como de folletos más concisos que expliciten mejor los contenidos más relevantes.

Maggs *et al.* (1996) también parecen orientados por el sesgo cognitivista al describir un estudio doble ciego randomizado, en el cual evalúan el poder de la información en la modificación de la evolución clínica de enfermedades crónicas de los pacientes de un servicio de Reumatología. Observaron que el nivel de conocimientos era significativamente mayor en el grupo que recibió aclaraciones impresas (con o sin informaciones complementarias brindadas por los profesionales) cuando fueron comparados con el control. Sin embargo, no se registraron diferencias significativas en la evolución clínica de las enfermedades entre los tres grupos, comprobándose que, en este contexto, la información no logró potenciar el arsenal terapéutico disponible.

Richard *et al.* (1999) innovaron al estudiar el efecto de diferentes estilos textuales y gráficos en la generación de conocimientos para cambios de actitudes. Para verificar el peso en los cambios de comportamiento de folletos producidos con estilo humorístico, alarmista o neutro (control), los separaron en tres categorías y evaluaron sus efectos en la modificación de competencias relacionadas a la prevención del melanoma (un tipo agresivo de cáncer de piel). Observaron, así, que los folletos con estilo humorístico eran más eficientes para impresionar, pero ineficaces para promover la fijación de los contenidos lo suficiente como para desencadenar los cambios pretendidos. En contrapartida, los folletos de tenor alarmista fallaron en su alcance al público, ya que fue advertida una tendencia a que fuesen descartados por sus lectores a medida que percibían sus énfasis pesimistas. Concluyeron, de esta

manera, que el tono de los folletos influye poco en los cambios de actitud acerca de factores de riesgo y sobreexposición solar y autoexamen de la piel.

En este punto es interesante observar que, como señalan Jones *et al.* (2000), no es raro que los profesionales reserven una visión estereotipada de sus pacientes en relación con la forma más atractiva de vehiculizar sus contenidos. Estudiando folletos dirigidos a adolescentes con asma, estos autores concluyeron que los médicos y sus pacientes frecuentemente disientían al seleccionar formatos y contenidos sobre la enfermedad. Estos autores sostienen que los pediatras no son los mejores profesionales para decidir sobre estos asuntos, dado que tienden a optar por mensajes con tono humorístico y lenguaje repleto de jerga, creyendo que de esta forma alcanzarán eficientemente su *target*. Por otro lado, los adolescentes explicitaron claramente sus aspiraciones de contenidos enriquecidos con informaciones factuales, vehiculizados en un estilo sobrio y abundantemente ilustrado.

Sumner (1991) afirmó categóricamente que la distribución de material impreso sobre prevención no modifica comportamientos. Cuestionando la influencia de los desniveles cognitivos sobre la capacidad para modificar hábitos, utilizó un *software* que adaptaba, por medio de escalas de legibilidad (*SMOG* y *SPACHE readability scores*), los contenidos de los folletos según el nivel de escolaridad declarado por el usuario. Para confirmar su hipótesis partiendo de este recurso, comparó los resultados entre un grupo que recibió material adaptado electrónicamente y un grupo control, observando que no hubo diferencias relevantes en el cambio de comportamientos. Los escasos resultados obtenidos fundamentaron su certeza en la débil influencia del peso de la legibilidad del material impreso en los cambios, aunque se reconozca la importancia de los esfuerzos de adaptación textual en esta actividad.

Existen trabajos que advierten sobre los riesgos letales de los lapsus cognitivos que se construyen entre las lagunas de la interacción profesional. Albarran & Bridger (1997) destacan la incapacidad de los profesionales para esclarecer a los pacientes recientemente infartados sobre los riesgos de los esfuerzos físicos en la actividad sexual intensa, enfatizando así la necesidad de desarrollar folletos impresos más esclarecedores. Foltz & Sullivan (1999), en la evaluación cualitativa del material educativo sobre cáncer distribuido por dos instituciones estadounidenses (National Cancer Institute y American Cancer Society) observaron complementaciones y discrepancias entre los abordajes de los dos tipos de material. También señalaron la escasez y la gran necesidad de material que trate aspectos emocionales y sexuales. Llamaron la atención de los autores los lapsus, enfatizados por los pacientes, en la necesidad de contenidos relacionados con las emociones y el sexo, tematizaciones característicamente accesibles a los contactos relacionales.

Cuatro años antes, Meredith (Meredith *et al.*, 1995) ya había conducido un estudio sobre deficiencias en el material que 53 urólogos en Inglaterra (25 folletos), distribuyeron entre pacientes en la fase preoperatoria de prostatectomías. Este trabajo involucró 4.226 cuestionarios respondidos por pacientes, además de 807 comentarios suplementarios solicitados a un grupo seleccionado aleatoriamente dentro del conjunto original. Los problemas más frecuentemente observados estaban relacionados con la omisión de informaciones relevantes sobre malignidad y sexo. Solamente

uno de los ítems estudiados se refería a la potencial malignidad de las enfermedades prostáticas, frente a un 29% de los pacientes que se mostró afligido por la falta de este tipo de informaciones. Apenas seis de los 25 ítems se referían a las posibles alteraciones de sensibilidad en el acto sexual (negando la existencia de diferencias) en contraste con 1.490 pacientes (35% del grupo) que reclamaron por estas alteraciones en el posoperatorio. El estudio concluyó que, además de la falta de uniformidad en la forma y el contenido, los patrones vigentes de información impresa no atienden las demandas de los pacientes en este campo y contexto.

Una síntesis plausible: la información como fármaco

La lectura reflexiva de los estudios que exponen los desenlaces más positivos, nos sugiere que fueron realizados en los campos donde ocurrieron las aproximaciones personales más enriquecedoras. Aun los folletos abundantes en ilustraciones, culturalmente adecuados y cognitivamente bien fijados, no alcanzaron inequívocamente los objetivos educacionales que se proponían (aunque tenemos que señalar que tales atributos raramente se estuvieron presentes en forma plena en los trabajos consultados). Es posible advertir que la influencia relacional, nacida de interacciones activas, por el contrario, alcanzó algunos resultados valorizables. La mera comprensibilidad textual y gráfica, criteriosamente evaluada por especialistas y *scores* de legibilidad, no garantizó los cambios de actitudes deseados. Los profesionales, impregnados de un patrón de racionalidad instrumental en el área de educación en salud, confunden sistemáticamente las dimensiones comunicacionales —que implican interacción humana— con las transmisionales, que adhieren al cognitivismo y a las ciencias de la información.

A veces, la táctica transmisional no alcanza sus objetivos y fracasa en los procesos de validación estadística a que es sometida (Sumner, 1991; Freemantle *et al.*, 2000). A partir de resultados tan decepcionantes no se la puede prescribir y, en determinados contextos tampoco es posible abogar por la abolición absoluta de tales tácticas. De este impasse pueden emerger tentativas de adaptación del instrumental utilizado por intermedio de cuestionarios o *software*, como leemos en Sumner (1991), o en Lau (1997), que propone el *download* de documentos de la Web como forma eficaz de promover la diseminación de contenidos sobre enfermedades sexualmente transmisibles.

En algunos momentos, la racionalidad implicada en estos estudios recuerda la metodología de evaluación de eficacia de medicamentos. Los estudios de absorción de fármacos y su biodisponibilidad (proporción de la dosis que se torna disponible en el plasma para suscitar efectos en los sitios considerados como objetivo) podrían compararse a las evaluaciones de legibilidad y adecuación. De la misma manera, la necesidad de asociaciones con otros adyuvantes que potencien el efecto cognitivo de los folletos en cuestión, se convierte en objeto de investigación, como se sostiene en Wise *et al.* (1996), Street *et al.* (1998), Luck *et al.* (1999), Barkhordar *et al.* (2000) y Graham *et al.* (2000), donde se preconiza el uso de bancos de datos y recursos

multimedia para difundir los conocimientos y, con ello, promover cambios comportamentales saludables en sus respectivos contextos.

Una discusión ilustrativa acerca de la selección de contenidos y la competencia prescriptiva de los médicos puede verse en Kee (1996), donde se critica la tendencia paternalista en la selección de las informaciones que se consideran pertinentes. El autor afirma que, generalmente, estos profesionales se perciben como los “mejores intérpretes de las opciones terapéuticas” y, como tales, responsables por las decisiones de mayor importancia. Otros trabajos se inclinan por la cuestión de la “dosis ideal de informaciones” y sus efectos colaterales. En este punto, Lamb *et al.* (1994) destacan premisas curiosas, como la impresión de que cuanto más informado esté el paciente, más complicaciones imaginarias elucubrará.

Entwistle & Watt (1998) describen preocupaciones semejantes entre miembros de un equipo prestador de informaciones de salud, cuando estudian la distribución de folletos sobre detección precoz del cáncer de próstata. Señalan que algunos se mostraron reacios a distribuir el material, dado que consideraban que este tipo de información iba a provocar ansiedad en sus destinatarios. De forma idéntica, Garrud *et al.* (2001) señalan la creencia generalizada, en su ambiente de estudio, de que informaciones detalladas sobre los riesgos de una laparoscopia inducirían a los pacientes a desistir de este tipo de procedimiento. Por intermedio de folletos con diferentes *dosis* de información —desde las más sintéticas a las más detalladas—, observaron que las últimas no aumentaron el grado de ansiedad ni influenciaron en la desistencia a someterse al procedimiento.

En los estudios de Kruse *et al.* (2000) podemos observar que se repetían, tanto los énfasis relacionados con las dosis de contenidos, como la preocupación por las *formas farmacéuticas*. Para evaluar el conocimiento adquirido y los cambios de postura con relación a la adherencia a estudios clínicos randomizados, compararon un grupo control con tres formatos de vehiculación de informaciones: folletos, cuadernillos o librillos (con niveles de detalle crecientes en relación con el tema abordado). Concluyeron, de forma similar a Garrud, que los mejores resultados eran recogidos en el terreno de las informaciones más detalladas, vehiculizadas por librillos.

En la misma perspectiva de las *competencias abortivas*, Pratt *et al.* (1957) observaron que los médicos generalmente sobrestiman la capacidad del paciente de retener informaciones. Garden *et al.* (1996) también se ocuparon del estudio de las *dosis ideales* con folletos producidos con aclaraciones sobre la anestesia, ofrecidos a los pacientes en el período preoperatorio. Para descubrir la cantidad de información adecuada, distribuyeron folletos con tres niveles de contenidos: las informaciones completas y detalladas (*full disclosure*); las informaciones patrón (*standard disclosure*) y los mínimos contenidos necesarios (*minimal disclosure*). Es interesante observar que cuando eran distribuidos por separado, los pacientes se mostraban satisfechos con el nivel de las explicaciones ofrecidas de forma semejante en todas las categorías. No obstante, cuando tenían acceso a los tres tipos de folletos, pasaban a considerar el *minimal disclosure* insuficiente, demostrando una carencia no advertida de contenidos que no percibían como ausentes.

En síntesis, a partir de la lectura de estos trabajos, obtendríamos éxito en la conquista de los alineamientos comportamentales a partir de grandes dosis de *buena información* ajustada *psicológicamente* según las capacidades individuales de asimilación. El estudio y reconocimiento de los perfiles étnicos, cognitivos y culturales agregaría complejidad a la tarea de producir datos de fácil *asimilación*, lo que debería conducir a una alta biodisponibilidad de informaciones útiles. En la producción de este tipo de material educativo, no rara vez se observan demandas que expresan la falta de ingredientes sustantivos en la composición de los contenidos. Los formatos no relacionales, débilmente interactivos como prótesis de comunicación, no dan cuenta de diversas modalidades de contenidos y contextos, sobre todo aquellos que se refieren a la muerte, la mutilación, el dolor, las pérdidas y el sexo.

Como ya fue señalado, Meredith observa omisiones relacionadas con temas esenciales como la muerte (malignidad de tumores) y sexo (pérdida de sensibilidad en el acto sexual) así como en Albarran (riesgo de las actividades sexuales de personas con coronariopatías). Otros ejemplos de lapsus ruidosos son destacados en Foltz, que señala la demanda mal satisfecha acerca de la discusión sobre temas relacionados a las emociones y al sexo, dominios comúnmente accesibles en las aproximaciones personales más estrechas.

Antiinteraccionistas y protointeraccionistas

Resulta interesante observar que la mayor parte de los trabajos descriptos en este capítulo comparten un presupuesto común. En la práctica asistencial, los espacios para los discursos y la interacción asumen una relevancia secundaria o suplementaria de la acción terapéutica. De esta forma, la transmisión de informaciones (a menudo admitida como actividad educativa) se definiría como táctica de *convencimiento* y no de *esclarecimiento* para una decisión solidaria. También es pertinente observar, en el interior de las divergencias respecto del potencial modificador de comportamientos de las informaciones, algunas discrepancias en relación con el papel de las fuerzas ilocucionarias de la actividad asistencial (la capacidad de influenciar y ser influenciado por los discursos).

La mayor parte de los trabajos se refiere a la *health education* como un conjunto de desafíos relacionados con las tácticas puramente cognitivistas en medio de una estrategia global de transferencia de conocimiento. Tal índole iluminista se resiente de la escasez de *expertise* en la transmisión de datos unívocos simplificados, lo que incentiva la inversión en los estudios de legibilidad. Así instrumentados, por escalas y *scores* que explicitan apenas desniveles socioeducacionales (además de diferencias entre nichos étnico-culturales), las excesivas prótesis de comunicación se reproducen, ignorando la naturaleza plurivocal de la comunicación humana.

En el interior del ritual asistencial, las tácticas de transmisión desperdician momentos propicios para la estrategia de interacción y de enriquecimiento mutuo. A veces encontramos trabajos *antiinteraccionistas*, que ven el contacto humano como un riesgo de desinformación. Partiendo de tales argumentos, los intercambios

ilocucionarios deberían ser evitados en ambientes sobrecargados por el peso de emociones extremas, como son las salas de emergencias de los grandes hospitales (Nelson *et al.*, 1997).

Sea como sustituto o complemento de la interacción humana, en el apartado anterior ya vimos el exhaustivo desmonte y redefinición de la información textual en atributos peculiares, con fines asumidos como educacionales (de impacto frecuentemente débil). En estos trabajos se advierte la importancia atribuida a la competencia por diseminar y hacer absorber conocimientos por una vía textual. Los ingredientes de la *buena comunicación textual* abarcarían la inteligibilidad de los contenidos técnicos (provistos por especialistas calificados), el adorno con elementos de diseño gráfico, la legibilidad de los caracteres, la calidad de la impresión y la adecuación a la franja etaria, perfil étnico y escolaridad.

Algunas estrategias de aproximación relacional son enfatizadas apenas como un auxilio, un accesorio en la tarea de transmisión de contenidos. No obstante, advertimos en medio de tales premisas la aparición de trabajos *protointeraccionistas*, más sensibles a las potencialidades de las relaciones discursivas en la modificación de comportamientos. En la lectura de algunos autores, se advierte nítidamente el interés por superar las limitaciones del texto a través del incentivo a los contactos dialógicos. Sin embargo, aunque ocupado con aspectos relacionales, tal movimiento reafirma su compromiso con el enriquecimiento por el conocimiento técnico correcto como principal recurso para la modificación de comportamientos. Mazur & Hickam (1994) afirman que no es la “carga de información” en su aspecto cuantitativo la que interfiere en las decisiones y opciones de los pacientes y sí lo que ellos llaman el “nivel de explicación de los datos”, algo cercano a la adecuación a las contingencias culturales, éticas, emocionales y religiosas de los sujetos.

Los estudios de autores como Schulman y Stewart se alinean con la estrategia relacional, al afirmar que los pacientes que se sienten participando de las decisiones y opciones en sus tratamientos obtienen mayor índice de éxito terapéutico en el campo del control de la hipertensión arterial (Schulman, 1979). A partir de una revisión sistemática que abarcó diez estudios analíticos y once estudios controlados y randomizados (Stewart, 1995), la comunicación (discursiva) más frecuente con pacientes fue correlacionada a evoluciones significativamente más favorables. De la misma manera, en estudios desarrollados en pacientes recién infartados (Coronary Drug Project Research Group, 1980; Horowitz *et al.*, 1990) se observó que aquellos que mejor colaboraron en la adherencia al tratamiento con betabloqueadores registraron una mortalidad significativamente menor, comparados con los casos en que esta cooperación no se establecía.

Una tendencia general observada, ya comentada, es la de la escasez de estudios de recepción posteriores a la distribución del material. Aunque no pueda ser categorizado como un estudio de recepción completo, merece mención el trabajo de Mottram & Reed (1997) que evaluó cuantitativamente la jerarquía de relevancia en los contenidos sobre medicamentos, comparando las visiones de diferentes categorías profesionales en relación con la de los pacientes. Previsiblemente, los énfasis en las

demandas diferían fundamentalmente entre los pacientes y los profesionales y entre estos entre sí.

Algunos estudios expresan esta preocupación con la validación de contenidos por los principales interesados (Kubba, 2000), involucrándolos en las diversas etapas de la producción y evaluación del material. Otros se concentran en los equipos profesionales, como Zakrzewska *et al.* (1997), que describen el proceso de elaboración de materiales impresos incluyendo el sometimiento de prototipos a la visión de especialistas y sus pacientes en el tratamiento radioterápico del cáncer de boca. Los resultados obtenidos a partir de la cooperación entre equipos también son enfatizados por Batista-Miranda *et al.* (1995) en la producción de material y en el esclarecimiento personal acerca de la naturaleza de procedimientos urológicos en pacientes pediátricos.

Simpson *et al.* (1999) describieron sus experiencias en un programa de testeo de VIH prenatal, en el cual 3.024 gestantes fueron divididas en cuatro grupos y sometidas a varias combinaciones de abordajes educativos textuales y verbales (brindados por asistentes entrenadas). La intención del estudio era investigar las diferencias de impacto en el grupo, al ser comparadas a un grupo control, en el sentido de la comprensión y aceptación del examen. Previsiblemente, hubo aumento del conocimiento sobre el problema, pero este no influyó en nada la decisión de hacer o no el examen. Sin embargo, es interesante observar la atención volcada hacia las actividades conducidas por las orientadoras-asistentes, una vez que fueron observados los mejores resultados (cognitivos y comportamentales) en los grupos coordinados por las orientadoras con actitudes positivas de liderazgo, las *influyentes*. Simpson finaliza reconociendo un “comportamiento eficaz” en las actitudes positivas de algunas asistentes en interacción con las gestantes. De igual forma, reconoce que la transmisión eficiente de contenidos no garantiza cambios de comportamientos en ese contexto.

Los protointeraccionistas se han multiplicado en los últimos años. Seals & Keith (1997) reconocen influencias positivas en la interacción entre farmacéuticos y detenidos en presidios, en la tentativa de influenciarlos para la adhesión a la medicación anticonvulsionante. Van Es *et al.* (1998), a partir de entrevistas en grupos focales de adolescentes con asma, advirtieron que estos preferían el contacto personal con los profesionales y no recibir informaciones solo por intermedio de PIL. En el campo de la adhesión al tratamiento con antidepresivos tricíclicos, Peveler *et al.* (1999), llegaron a conclusiones semejantes al hallar resultados más expresivos en la orientación en comparación con la simple distribución de folletos.

Finalmente, destacamos en minoría a los interaccionistas plenos como Schreiber (1997), que cree que la información transmitida por vía discursiva es irremplazable. Otros van más allá de la mera intención transmisional, como Granitz (1997), que reafirma en el mismo periódico que Schreiber, los atributos éticos de la discusión y del esclarecimiento en el contexto de los contactos profesionales mediados por materiales impresos. Asumiendo que el paciente es un individuo maduro y responsable pontifica tres objetivos comprometidos con los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia. En el contexto de la interacción profesional orientada al esclarecimiento sobre el uso de medicamentos, considera que es necesario crear

circunstancias en las cuales los pacientes sean capaces de decidir sobre su salud, así como ayudarlos a comprender, de la mejor manera posible, los efectos benéficos y colaterales de los medicamentos para potenciar los efectos deseados y minimizar sus riesgos.

La faz perdida de la alteridad

Por lo que se advierte, los materiales impresos considerados educativos a menudo han sido producidos y vehiculizados de manera instrumental y monológica, sin estudios de recepción posterior, como proyectos individuales de especialistas. En este sentido, la gran autonomía profesional que fundamenta las organizaciones profesionales de salud encuentra en los contextos clínicos débilmente interactivos un facilitador de distanciamientos. La proliferación de computadoras e impresoras en las salas de consulta —lo que hace accesible la producción y reproducción de material impreso— asociada a las metas de productividad que abrevian el tiempo de consulta, favorecen la proliferación de textos impresos que acaban por amputar diálogos y abortar relaciones de confianza. Débiles como prótesis comunicativas, los materiales impresos desvinculados de aproximaciones personales fallan en su intento de influenciar a sus destinatarios, meros receptores neutralizados en su cultura, su biografía y su subjetividad.

Hay numerosos trabajos que exponen conclusiones convergentes al constatar que una de las grandes dificultades para gerenciar la adecuación de estos impresos es el hecho de que su producción haya sido generada por proyectos individuales (Audit Commission, 1993; Scriven, 1997). Como un buen ejemplo de este fenómeno, Fawdry (1994) destaca excesos cometidos en la distribución de los PIL en una organización especializada en una única actividad asistencial (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), que usaba cerca de 250 títulos de 8 a 12 páginas en formato A5, como material impreso para orientación. En su artículo critica varios aspectos de la cultura hospitalaria y su afección a la producción de impresos para transmisión de informaciones, unilateralmente definidas como relevantes. Este autor observa algunas ventajas, como los bajos costos económicos comprendidos y la personalización facilitada por las computadoras personales y sus aplicaciones de editorialización gráfica. Reconoce, por otro lado, que la diseminación de esta herramienta contribuyó al estancamiento de sectores ya clásicamente herméticos. Como ya vimos, tales iniciativas tampoco se desdoblaron en estudios de recepción de los mensajes producidos por los proyectos personales de sus autores.

Consecuentemente, el trabajo de producción y actualización de estos materiales impresos, apunta a detalles localmente priorizados y, como siempre, de naturaleza especialista. Fawdry agrega que tales materiales, aunque excesivamente llenos de *dialectos* locales y jergas específicas de baja comprensibilidad, son leídos atentamente por los pacientes, aunque estén desprovistos de ilustraciones u otros adornos. Atribuyó este interés a la función ansiolítica de la información frente a procedimientos más invasivos que implican alta complejidad y riesgos. Por último, Fawdry

afirma que estos papeles tienden a quedar rápidamente desactualizados y finalmente olvidados en cajones y armarios. En síntesis, observa que, aunque la producción de estos impresos sea desencadenada por loables actitudes profesionales (personales y aisladas), el trabajo de evaluación sistemática y readaptación de las nuevas versiones es realizado muy rara vez. Los equipos, aisladamente, producen sus papeles con códigos y mensajes particulares que serán comprendidos por una pequeña fracción de aquellos que procuran ávidamente referencias tranquilizadoras.

Así como los estudios de recepción, las estrategias de implantación de estos artefactos no han sido analizadas en la bibliografía consultada. Tal vez ello se deba a la perspectiva transmisional, que admite la producción de mensajes sin ruidos por el emisor y la asimilación pasiva de los receptores de informaciones técnicamente correctas y estadísticamente validadas. No se discuten proyectos institucionales integrados que involucren y motiven a profesionales de varias especialidades a interactuar bajo una estrategia comunicativa. El énfasis advertido en estos estudios se concentra en el proceso de producción unilateral de sentidos, como mensajes unidireccionales desprovistos de modulaciones y ambigüedades, admitidos como incuestionables en su esencia, ya que están científicamente fundamentados.

Los estudios de recepción, si se realizaran, permitirían rescatar los sentidos no reflejados por la racionalidad biomédica, puesto que esta se tiene como unívoca y universal. En la literatura brasileña, la ausencia de interés por la recepción de los mensajes relativos a la salud es señalada por Fausto-Neto (1995; 1999) y Rozemberg (1998), entre otros autores que se dedican a la observación de este tipo de lagunas en las campañas de salud. En un trabajo sobre la producción de materiales impresos en un hospital de Río de Janeiro, Rozemberg *et al.* (2002) concluyen que tales iniciativas se concretan, en general, como producciones rápidas que objetivan el convencimiento unilateral en un contexto de mal aprovechamiento de los espacios de interacción con la clientela.

Baillie *et al.* (2000) y Dixon-Woods (2001) produjeron análisis interesantes centrados en el discurso tecnicista-biomédico, subyacente en la investigación sobre producción y evaluación de folletos como sustitutos de la interacción profesional. Inmerso en preocupaciones técnicas especialistas e insensible a las orientaciones instrumentales que lo rodean, tal discurso con frecuencia no contempla la centralidad del papel de la interacción humana en sí, como posibilidad de enriquecimiento mutuo complementada o no por cualquier otro tipo de recurso. Según Dixon-Woods, hay un discurso hegemónico, que encierra un modelo de comunicación mecanicista, comprometido con una agenda biomédica. El primero admite a los pacientes como individuos pasivos, receptivos a la manipulación, lo que genera la necesidad de anticiparse —provisto de herramientas cognitivas— al objeto de sus indagaciones, lo que termina por abreviar la necesidad de interacción.

Tales distorsiones limitan la comprensión del sentido de alteridad, produciendo perspectivas poco fluentes en la problemática extraclínica. El desconocimiento del *otro*, en sus visiones del mundo peculiares, conduce al no reconocimiento de sus indagaciones en el interior de un diálogo esencialmente asimétrico. Tal perspectiva centrada exclusivamente en la producción de verdades técnicamente correctas,

genera la elección de los estudios de legibilidad, adecuación gráfica y étnica como técnicas esenciales a la comunicación humana.

Frederikson & Bull (1995) admiten la pasividad de los pacientes y reconocen las necesidades de estos por obtener informaciones y, de la misma forma, proveerlas al profesional, para que se haga reconocer como sujeto en las acciones que desencadenan el pacto terapéutico. Aunque parten de premisas interesantes, los autores incurren en el error que tanto critican al proponer un manual educativo en el cual prescriben los atributos del *buen paciente*, proveedor de informaciones que sobrepasen la dimensión de los síntomas, incluyendo sus visiones e interpretaciones personales de la vida. Concluyen —no resistiéndose a la tentación de instrumentar sus presupuestos— con la propuesta de un “score de calidad de la comunicación profesional” en el cual se validaría la eficiencia en la transmisión de contenidos. Observamos en la mayoría de los estudios mencionados esta doble confusión de conceptos, que en realidad expresan un sesgo de naturaleza instrumental. En otras palabras, cuando se consideran ciertas fallas en la selección de tácticas transmisoriales para influenciar comportamientos, son propuestos nuevos recursos centrados en las mismas estrategias como alternativa.

Baillie *et al.* (2000) profundizan de forma más interesante en este debate, al atribuir los fracasos en los campos de la *educación en salud* a fallas de modelos explicativos que desconsideran un abordaje de acción comunicativa. La perspectiva de la acción comunicativa de Jürgen Habermas es destacada, al ser admitido un enfoque fundamentado en la interacción humana plena, interesado en el diálogo que preside la acción coordinada. Baillie advierte que, dado el carácter multidisciplinar de tal proyecto, cada categoría y grupo profesional actúa de acuerdo con sus propias necesidades e intereses, lo que dificulta la creación de canales amplios de comunicación no sometidos a las formas coercitivas (deliberadas o no). Finalmente, proponen un modelo fundamentado en el *diálogo crítico*, extraído de la teoría del actuar comunicativo habermasiano, donde un proceso comunicacional abierto se torna esencial. No bastaría con, apenas, exponer las barreras que se erigen entre los grupos, también habría que identificar los *intereses* a partir de los cuales cada grupo estructura sus discursos. La acción comunicativa, en este sentido, auxiliaría a la sociedad en el proyecto de deconstrucción de sistemas de pensamiento cerrados, diferenciando objetivos y significados corporativos de un interés social más amplio.

La mayoría de los estudios a los que nos referimos busca medir el impacto que determinadas *herramientas de información* (aisladas de sus contextos) ejercen en la tentativa de aproximar a profesionales y pacientes. Sin embargo, la disparidad de los resultados encontrados no expresa, necesariamente, infracciones metodológicas. Diferentes lagunas conceptuales en la preparación de este tipo de material dan origen a productos heterogéneos y, por lo tanto, resultados que poco se prestan a la comparación. Creemos, entonces, que la eficacia y la efectividad de esos vehículos de información tienen reglas y parámetros locales y, en el límite, hasta individuales. Se esfuerzan en medir apenas un aspecto estrecho de un juego multifacetado e indisoluble de su ambiente.

La disparidad en los resultados del metaanálisis de Freemantle expone la impropiedad de un abordaje cuantitativo en este tipo de evaluación. Tal impropiedad está relacionada con la desconsideración de las no equivalencias entre los ambientes y actores implicados con toda la gama de complejidad y especificidades inherentes. Las cuestiones más frecuentemente ventiladas, en la serie aquí expuesta, se relacionan con el poder de la *información impresa ideal* para alinear comportamientos a la agenda biomédica hospitalaria. Por lo tanto, la racionalidad instrumental que permea estos trabajos percibe el *paquete informativo perfecto* como aquel que explicita eficientemente sus contenidos técnicos, correctamente adaptados a su debido contexto sociocultural y étnico. En el proceso de planificación y producción de estos ítems, no se considera la posibilidad de que tal vez los pacientes aún no tengan plena conciencia de todos los nexos ausentes. La carga de informaciones que los técnicos juzgan suficiente para imprimir cambios de comportamiento, aun en las situaciones hospitalarias más simples, puede no ser asimilable por omitir detalles estructurales considerados ingenuamente como obvios. Pueden no ser siquiera inteligibles, por remitir datos relevantes envueltos en jerga técnica. Proyectados en este molde y animados por tales postulados, estos artefactos podrían hasta ser validados electrónicamente por *software* sensibles a la adecuación de contenidos. Bajo la racionalidad de tales tesis, sería posible la *purificación* neutra y eficiente de términos incomprensibles o excesivamente técnicos.

Partiendo de un modelo conceptual subliminal que confunde diseminación de informaciones con comunicación plena, son planificados los impresos que serán posteriormente seleccionados por los pacientes en muestrarios colocados en centros ambulatorios y en salas de espera de hospitales de gran movimiento. En este contexto, un desafío interesante sería elaborar maneras de movilizar formas organizativas que articulen prácticas de trabajo sobre modelos mentales activos, críticos, perceptivos y flexibles.

La estructura insular de las organizaciones profesionales hospitalarias genera aislamiento e incomunicabilidades de los profesionales entre sí y de estos con los pacientes. En el centro de esta estructura cerrada en sí y para sí misma, fragmentada y destituida de vinculación con el medio y con los problemas de su época, la acción racional, especialista, monológica e instrumental tiende a fracasar en su proyecto de influenciar comportamientos. Esto ocurre por no haber condiciones de percepción (y, por consiguiente, no hay cómo sustituir instrumentalmente) de la necesidad del establecimiento de las relaciones interpersonales basadas en reglas de reconocimiento mutuo, que garanticen el cuestionamiento y la escucha activa. En este contexto, la escasez de investigaciones de recepción y la proliferación de los paquetes informativos son causa y consecuencia del desconocimiento de los mecanismos de construcción de los significados. Los discursos del *otro* y la riqueza de sus vivencias internas pasan inadvertidos por los centros ambulatorios y enfermerías exponiendo, así, distancias innecesarias y contraproducentes.

Capítulo 3

Educación en salud: de la ortopedia moral a la epidemiología de la desinformación

El Dr. Miguel Couto y sus ideas de promoción y educación en salud

El médico y profesor Miguel Couto (1865-1934) fue catedrático de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro y presidente de la Academia Nacional de Medicina durante 21 años consecutivos. Políglota y profundo conocedor de la lengua portuguesa, era considerado como uno de los clínicos más notables de su época. Fue diputado constituyente por el Distrito Federal en 1934 y se dedicó a temas que trascendían en mucho los clásicos objetos de estudio de la medicina: las implicaciones sociales de la higiene y de la educación del pueblo. Su actuación en la Constituyente de 1934 fue fundamental para la aprobación del proyecto que destinaba el 10% de la recaudación federal a la educación pública.

Defensor de la educación nacional, combatió la inmigración japonesa, a la que consideraba un serio peligro para Brasil, integró un movimiento que culminó, en 1934, con la aprobación de una enmienda constitucional discrecional que limitaba la entrada de inmigrantes al 2% del total de los últimos 50 años. La enmienda fue incorporada al texto de la Constitución de 1934, lo que llevó a una reducción considerable de la entrada de inmigrantes japoneses a partir de 1935 (Leão-Neto, 1990; Ninomiya, 2002).

Poco antes del golpe de Estado de octubre de 1930, Miguel Couto ofreció en la Associação Brasileira de Educação una conferencia en la cual presentaba su proyecto sobre educación, distribuido en todas las escuelas normales e institutos profesionales de la Capital Federal. Sugería la creación del Ministerio de Educación, con dos departamentos: el de enseñanza y el de higiene. El 14 de noviembre de 1930, un decreto del Jefe del Gobierno Provisorio de la República Nova creaba una Secretaría de Estado: el Ministerio de Educación y Salud Pública.

En el período final de la vieja República, el proyecto estatal abarcaba la organización de los recursos sanitarios alrededor de tres grandes centros de asistencia e higienización (Rozemberg *et al.*, 2002): proyectos de combate a las grandes endemias rurales, que comprometían la productividad agrícola (principal fuente de

recursos nacionales); proyectos de higienización de sectores marginados (sobre todo en la periferia de las grandes ciudades, ante el acelerado crecimiento urbano), que proveyeron las bases para la creación de las Santas Casas y Casas de Salud a partir de las décadas de 1950 y 1960 cincuenta; proyectos dirigidos a la insalubridad de los trabajadores de la industria —a cargo del Ministerio de Trabajo—, que fructificaron en las décadas siguientes con la creación de los institutos de jubilación y asistencia divididos por ramos de actividad. Por último, como actividad con medios, fines y valores peculiares, se diseminaba la medicina liberal y privada, en esa época dedicada a la clase media y burguesa y todavía poco vinculada al costoso aparato diagnóstico-terapéutico actual.

En esa época proliferaban higienistas, médicos, sanitaristas, entre otras autoridades de la ciencia y de la política, alternándose como autoridades en la higienización/moralización de la vida que conduciría al crecimiento económico del país. Como hoy, el discurso *especialista* había adquirido *status* imperativo, condicionando sus objetos a medida que los categorizaba. Los agresores biológicos (objetivo de los médicos e higienistas de la policía médica) se relacionaban con las distorsiones morales (objeto de los educadores de la higiene y de la rectitud del carácter) potenciándose y amplificándose mutuamente, lo que, a veces, generaba focos de insurrección social (neutralizados por la clase política y policial).

Hoy nos es familiar el concepto de *expansión social de la salud* sobre premisas cognitivas: el conocimiento (¿cuál conocimiento?) como substrato de la decisión (¿de qué actores?) para la acción (¿basada en qué valores y prioridades?) a nivel colectivo (¿en base a qué recorte?) e individual. En la formación del moderno Estado capitalista brasileño, era necesario un enemigo a combatir, con un *status* moral negativo que le fuese peculiar, legitimado sobre una base factual de amplia visibilidad. En esa época, para sacar a Brasil del estado de atraso, correspondería una acción técnico-política a favor del pueblo culturalmente enfermo. Discursos y acciones para la reeducación como rectificación moral, forjarían un nuevo trabajador, perfectamente habilitado para las crecientes demandas de la modernidad capitalista.

En ese contexto histórico, el eminente Dr. Miguel Couto asumía la índole normativa peculiar de las instituciones médica, educativa y política de su época. Un influyente vocero, crucial a los proyectos de la elite pensante sobre el concepto de modernización de la sociedad brasileña. Couto y los higienistas eran referencias públicas, los más habilitados consejeros para orientar a los dirigentes en la obra de reintegración del hombre en su decrepitud sanitaria, instructiva y moral. La ignorancia adquiría una esencia patológica crónica degenerativa, como “un cáncer que corroía la sociedad brasileña célula a célula, hundiéndola en la subalternidad y en la degeneración” (Couto, 1927, p. 9; citado en Rocha, 2002), el peor de todos los males “porque a todos conduce” (Couto, 1933, p. 98) (Couto, 1933, p. 94; citado en Rocha, 2002).

A las autoridades públicas correspondería la misión de reformatear a los pobres en figuras ejemplares, en trabajadores disciplinados y saludables, a través de la erradicación de sus hábitos considerados degradantes. A la razón iluminadora le cabría el papel de conducir a la masa indolente, políticamente vulnerable al llamado de

agitadores, enferma por la lamentable inferioridad de los incultos, y la erradicación de plagas que le obstruían la evolución de la mano del orden y del progreso. El analfabetismo, asociado a la ignorancia en general, a las tinieblas del saber y a la opacidad del entendimiento del mundo, fue encarado por el Dr. Miguel Couto como una llaga que llevaba a la ruina a la sociedad:

El analfabeto es como un microcéfalo, de visión física estrecha, porque, aunque vea claro, la enorme masa de las nociones escritas se le escapa; por los oídos pasan palabras e ideas como si no pasaran; su campo de percepción es una línea, la inteligencia el vacío; no raciocina, no entiende, no prevé, no imagina, no crea. Muchos solo salen de la indiferencia musulmana para entrar en los espasmos del bandidaje. (Couto, 1923, p. 49; citado en Rocha, 2002)

La masa a educar cargaba trazos de negatividad y minoridad intelectual, residuos del soterramiento por siglos de colonialismo agrario. Se creía en la naturaleza indolente de los pobres, que podría ser atenuada por el elixir universal de la educación. La sociedad necesitaba con urgencia de un nuevo pueblo brasileño: saludable, alfabetizado, aunque políticamente previsible. En el proyecto pedagógico elaborado por el saber técnico, la inminencia de la degeneración social exigía la administración de la vida de los pobres, agregándoles utilidad económica sin incitación de su índole política, como se advierte en los discursos de Miguel Couto:

Vencido en la lucha por la vida, sin necesidades ni ambiciones, el analfabeto contrapone el peso muerto de su indiferencia o el peso vivo de su rebelión a toda idea de progreso, entreviendo siempre en la prosperidad de los que vencen por la inteligencia cultivada un robo, una extorsión, una injusticia (Couto, 1923, p. 57; citado en Rocha, 2002)

Todos los focos de degeneración cultural/moral/sanitaria serían objeto de intervención: desde la vigilancia y reorganización del espacio urbano, hasta la reestructuración de la instrucción pública. Las condiciones socioeconómicas de las masas de trabajadores urbanos pobres se fundirían en la definición de un estilo insalubre e *inculto* de vida. En la implantación de la sociedad industrial, la pobreza fue asociada a la indolencia, una categoría de esencia moral.

El pecado original de la falta de instrucción, admitido por la óptica técnica, determinaría la proliferación de los amontonamientos de caseríos y conventillos. El discurso científico proveería de argumentos a la intervención de los doctores sobre los ignorantes, demarcando una frontera moral y sanitaria entre la enfermedad/delinuencia/ignorancia y la educación/cultura/salud (Rocha, 2002). El poder retórico de esta proclamación sería obtenido por la comparación entre el analfabetismo-enfermedad y el cáncer y la subcondición a que el analfabeto se condenaba a sí mismo y a la sociedad:

El analfabetismo es el cancro que aniquila nuestro organismo con sus múltiples metástasis, aquí la ociosidad, allí el vicio, además el crimen. Exiliado dentro de sí mismo [...] el analfabeto es digno de pena, [...] mientras no acudamos con el remedio de la enseñanza obligatoria (Couto, 1923, p. 128; citado en Rocha, 2002) [...] es el único responsable por nuestra situación sanitaria. Es él quien, por su ignorancia, acepta, contrae, recibe las enfermedades y las contagia. Es él quien reduce el hombre brasileño a la mitad del hombre, a un tercio de hombre, a una cantidad negativa. (Couto, 1942, p. 74; citado en Rocha, 2002)

En los territorios externos a la ciencia y a la instrucción, los incultos —tanto trabajadores como desocupados— estarían entregados a la derrota por la mano de la pobreza, de la ignorancia, de la vagancia, del alcoholismo y, finalmente, del crimen.

La ortopedia moral como promoción de salud

Según Rosen (1984), este tipo de movimiento ideológico-científico surge en Europa a finales del siglo XVIII, en el escenario de la expansión desordenada de los grandes centros asociada a la proliferación de la masa improductiva. El propósito de la pedagogía de la buena higiene, que nace y crece en sociedades con demandas de empleo y producción de bienes, sería el de concentrarse en un conjunto de disciplinas que actuasen técnica y moralmente sobre determinados desvíos de comportamiento, vinculados a problemas de higiene y salud. Se trataba de un esfuerzo de control por parte de los reformadores sociales, para la domesticación de las clases miserables e incultas. Sería necesaria la promoción de cambios de comportamiento para corregir actitudes y hábitos socialmente nocivos, en la dirección de una buena vida, honesta, pacífica, acrítica y saludable.

Sería necesaria la corrección de los desvíos que padecía la columna vertebral de la sociedad debido a los vicios y el ocio peculiares a las camadas menos educadas. El remedio adecuado sería una nueva moral que promoviese las virtudes de la higiene, del trabajo y de la instrucción. Las miradas de médicos y planificadores se volcaban hacia la niñez y a la necesidad de una *tutela higiénica* que se iniciaría aun antes de la gestación. Las nociones de puericultura ascendían a los ojos del Estado como conocimientos fundamentales en la formación de la *madre higiénica*, la *guardiana del hogar*. A través de madres e hijos se podrían difundir prácticas higiénicas para reglamentación de toda la sociedad, corrigiéndole los desvíos morales y previniendo eventuales *fracturas sanitarias*. Por lo tanto, en base a tales premisas, la escuela primaria se convertía en el escenario de operaciones de las fuerzas higiénico-morales (Rocha, 2002). Todos los saberes deberían concentrarse en la construcción de la nueva escuela como institución normalizadora, correspondiendo a los médicos la responsabilidad por su conducción como un “...instituto de ortopedia física y psíquica en el cual colaboran tres agentes: la familia, la maestra y el médico” (Couto, 1933, p. 62; citado en Rocha, 2002).

Los *ortopedistas morales* se ocuparían no solo de la diseminación de las técnicas sanitarias sino, también, de la corrección de los malos hábitos y de la adquisición de los principios de la moral burguesa, como el “amor al trabajo, el respeto por los superiores en general, las nociones del bien y del mal, de orden y desorden, de civilización y barbarie” (Rocha, 2002). La ortopedia moral orientaría a la familia y aconsejaría al Estado, sobre la base de su incuestionable capacidad de vigilancia permanente, observación científica y examen criterioso, para el control minucioso. El énfasis en el cambio de comportamientos en aquella época, en contraste con los tiempos actuales, se concentraba en la formación del carácter del niño, considerado como tejido estructurador aún maleable. Amoldado a la manera de la cultura burguesa, garantizaría la salud y el progreso, como “...una plantita, que solo pide que la preserven de contaminaciones parasitarias, de deformaciones desgraciadas, de la excesiva acción urente del sol o humectante de la lluvia...” (Couto, 1933, p. 49; citado en Rocha, 2002).

La mirada clínica del médico normalizador crecía en importancia frente a la sociedad, entrometiéndose en todos los espacios insalubres. Era necesario asegurar la virtud social por las condiciones higiénicas de la escuela, protegiendo a los pequeños brasileños de las enfermedades, vicios y de cualquier eventual perversión. Como resalta Pimenta Rocha, el médico escolar en calidad de “agente del progreso de la Patria” encarnaba una vasta gama de saberes, asumiendo toda la organización del trabajo pedagógico. Era, además de médico sanitarista, psicólogo y pedagogo; también profesor de educación física:

...aquel que mejor conoce el hombre, reclama para sí la responsabilidad de definir la compatibilidad entre los programas y el estadio de desarrollo de los niños, como también de ofrecer respuestas a los problemas que afectan el aprendizaje [...] le fortalece el cuerpo por la práctica cotidiana de ejercicios; le perfecciona el alma por el consejo y por el ejemplo; le enseña, sobre todo, la buena ambición, eslabón de esta cadena de suertes: de la cultura nace la ambición, de la ambición la actividad, de la actividad el trabajo, del trabajo la prosperidad individual, de la prosperidad individual la prosperidad colectiva. De la masa enorme, cada vez mayor, que, así instruida y pulida, se va a derramar por todos los rincones de nuestra tierra, surgirá, más abundante, como una consecuencia natural, la selección de las capacidades, la elite, el hombre superior por el ingenio y por el estudio. Serán los brasileños del mañana y el Brasil del mañana. (Couto, 1933, p. 93, citado en Rocha, 2002)

Los políticos y técnicos de la educación, en la época de Miguel Couto, se concentraban en un proyecto de transformación de la sociedad por intermedio de una visión moralizadora que se advertía como exclusivamente educacional. Partían, para ello, de una perspectiva centrada en la transmisión al individuo de una cultura *correcta*, porque estaba científicamente iluminada. Cabe destacar que, en este contexto, la corrección cultural era admitida como una visión del mundo alineada con principios morales integrados a principios técnicos (de lo que se definía como higiénico). Basándose en

tales perspectivas, la indolencia, la ignorancia y la falta de higiene de los individuos sería la responsable por su estado de minoridad que, al potenciarse mutuamente en la sumatoria social, condenaría a la nación al atraso y la servidumbre. Un proyecto de desarrollo nacional debería partir de premisas de acción orientadas a la dimensión individual, a la emancipación por la persuasión (y a veces por la fuerza), a la adhesión a una visión del mundo ilustrada por nuevas técnicas y antiguos valores.

Internet y la infodemiología

El Dr. Gunther Eysenbach (2000b) —ya mencionado en el Capítulo 1— es jefe de la Unidad de Cibernética y Salud de la Universidad de Heidelberg, además de profesor asociado de la Universidad de Toronto. También es investigador del Centre for Global eHealth Innovation del Instituto General de Investigaciones de Toronto, cuya misión institucional es “estudiar formas de auxiliar el acceso de las personas a la información y a los servicios que necesiten, cuando y donde lo precisen, independientemente de quienes sean”. Eysenbach es un estudioso de la calidad de la información sobre salud que transita en Internet y se presenta en la gran Red como un prolífico autor en este campo. Prevé a la Internet y a los sistemas de informática médica (Eysenbach *et al.*, 1999) como fuente promisoría de las informaciones que crearían las condiciones para una nueva *salud colectiva*, con énfasis en la educación (como transmisión sólida de informaciones calificadas) y en la promoción de la salud a través del cuidado autoplanificado y autoinstituido.

En este campo, Eysenbach nos ofrece perspectivas que se asemejan mucho a las de la medicina basada en evidencias —que será abordada en el Capítulo 4—, aunque volcadas a la sociedad leiga. Los recursos de la informática médica podrían ser puestos a disposición como fuente de educación en salud y asistencia. El proceso de “descubrir sistemáticamente, evaluar y usar hallazgos de investigaciones como base para decisiones” (Rosemberg & Donald, 1995) es extendido a las demandas asistenciales colectivas. El autor asegura que hay una transición paradigmática originada en imperativos de orden económico y cognitivo. La producción de certezas en salud y la eficacia de un comportamiento preventivo dependerían de la calidad de las informaciones disponibles en la Red. Las necesidades clínicas personales —como los conocimientos sobre prevención y diagnóstico precoz de enfermedades— serían definidas autónomamente por el individuo esclarecido, en oposición al modelo de la policía médico-sanitaria promovida en la época del Dr. Couto. Internet y las informaciones emitidas por profesionales calificados en sitios acreditados se instalarían como mediadoras esenciales en el proceso de toma de decisiones de los consumidores de salud (Eysenbach, 2000b). Bajo un punto de vista económico, alega que tales tendencias ya pueden ser observadas en todos los países desarrollados, que se esfuerzan por recortar costos en la asistencia, al perfeccionar las habilidades individuales de los pacientes para que se autoauxilien en la toma de decisiones bien informadas.

La visión del Dr. Eysenbach sobre el papel de los profesionales de la salud, Internet y su papel educativo puede ser advertida en sus metáforas “pozo de la ignorancia” y “Tierra Santa de los que conocen”, que describe la imagen de tres médicos que habitan la “tierra sagrada de los que conocen” (*the holy land of the knowing*, como vimos en el Capítulo 1; Eysenbach, 2001). En relación con la educación y la promoción de salud, su lógica es bastante simple: en la medida en que el consumidor inculto, a la manera de un *ciberanalfabeto*, se instruya sobre los sitios sobre salud (información para autodiagnóstico y automedicación) más confiables, tendrá condiciones de *autocuidarse*, dispensando los servicios de un sistema de salud ya tan sobrecargado por los crecientes costos (Eysenbach, 2000b). No sería absurdo admitir que estos últimos aspectos asumirían plenamente algunos de los cánones del proyecto neoliberal, en la medida en que trata a los individuos como *consumidores de información*. Estos deben ser instruidos para consumir conocimientos para el autocuidado, para que el sistema público de salud se torne viable financieramente.

Como vimos en el Capítulo 1, la idea de responsabilización por el autocuidado en el control de las variables que colocan en riesgo el patrimonio-salud, al lado de la reglamentación de la calidad y de la eficacia de las informaciones suficientes a este imperativo, constituyen una distorsión que sintetiza la visión contemporánea sobre la educación en salud. A partir de tales perspectivas, vemos a la transmisión de informaciones sobreponerse a la interacción y a la partición simbólica intersubjetiva como estructuradora de los valores culturales.

En el Estado neoliberal, el compromiso con la salud de los ciudadanos, otrora directamente relacionada al progreso de la nación, se convierte en un proyecto individual que se apoya en decisiones basadas en las mejores evidencias científicas. Vemos la idea de salud como imperativo moral —como en la época de Miguel Couto—, convirtiéndose progresivamente en un conjunto de atributos estéticos y funcionales *medicalizables*, no solo por píldoras y regímenes dietéticos, sino también por el nuevo elixir universal de la información.

Los estudios sobre los mejores paquetes informativos colocados a disposición de los consumidores con fines *educacionales*, exponen el desplazamiento de valores del terreno moral/normativo hacia el técnico/instrumental, donde la *buena instrucción* toma el lugar de la *información técnicamente validada*. Como propone Eysenbach, los paquetes informativos y sus proveedores deben ser sometidos a controles de calidad, como si la información fuese un fármaco dotado de poderes milagrosos y plazo de validez —lo que también se observa en la práctica de producir folletos para pacientes en los hospitales, como se vio en el Capítulo 2—, ya que se desactualizan constantemente. Con el propósito de educar consumidores y reglamentar la actividad de los proveedores, sería necesaria la elección de instancias certificadoras no comprometidas. Admitida la información como nuevo elixir universal, se hace necesario evaluar su corrección, eficacia y aceptación, así como mapear e inhibir la diseminación de productos fraudulentos.

En síntesis, advertimos la expansión de tendencias económicas-tecnocéntricas en el campo de la *educación en salud*. En vista de la premisa de la autonomía asistencial, apuntan hacia la autoresponsabilización y el autocuidado instrumentados por las

mejores evidencias científicas como tentativa de control de variables que colocan en riesgo la salud de los consumidores. Tales abordajes reifican el carácter cognitivo del proceso educativo, colocando las evidencias y los datos al frente de todas las otras dimensiones involucradas. Desaparecen los signos de empatía entre sujetos que se influyen mutuamente, así como todos los matices culturales peculiares a los receptores de las informaciones, que frecuentemente atribuyen nuevas significaciones a los contenidos transmitidos. El proceso educativo se retrae a las dimensiones de un proceso transmisional, como en la “educación bancaria” a la que se refiere Freire (1988, 1983), en el cual los *experts* promueven depósitos de conocimientos estadísticamente validados en las cuentas de los portadores de una *cultura vacía*. Son autorreferenciales, ya que encuentran sentido pleno solamente en la científicidad en la cual se apoyan.

Tras tantas décadas de evolución tecnológica, persiste la óptica de otros tiempos que elige la *instrucción* como panacea para la insalubridad social. En la actualidad, observamos la búsqueda del hombre moderno por la prolongación de la vida a través del control de variables, a menudo permeada por una suerte de sensualismo consumista en procura de las informaciones de mejor calidad. La alienación —en el sentido de distanciamiento del conocimiento basado en evidencias— y la miseria de las culturas vaciadas de íconos técnico-científicos, aún parece *enferma* a los ojos especialistas, como en los tiempos del Dr. Miguel Couto.

En este escenario prolífico en técnicas y saberes científicos surgen abordajes que se ocupan de los males de la ignorancia y de su elixir universal. En las dos últimas décadas observamos lo que se considera una nueva pandemia, insidiosa y sin agentes etiológicos biológicos a exterminar. La desinformación como afección cognitiva se extiende, superando todas las fronteras y usando Internet como su principal vector. Eysenbach, frente a la expansión de tal fenómeno, propone la creación de la *infodemiología*, a la que define:

...el estudio de los determinantes y de la distribución de la información en salud y de la desinformación, que puede ser útil en la conducción de profesionales y pacientes hacia la calidad de informaciones en salud en Internet [...] la *epidemiología de la información* identifica áreas donde existen lagunas educativas, en la traducción de conocimiento entre la mejor evidencia (aquello que los *experts* conocen) y la práctica (lo que la mayor parte de las personas hace o cree), así como marcadores para información de *alta calidad*. (Eysenbach, 2002)

Para la infodemiología, la credibilidad de portales sobre salud sería verificable por intermedio de ocho indicadores de calidad que validarían un sitio como ejemplar, en el sentido de transmitir informaciones válidas para la promoción de salud. Estos ítems están organizados mediante el acrónimo *CREDIBLE*:

- *Current and frequently updated* (actualización frecuente).
- *References cited* (citación de referencias).
- *Explicit purpose and intentions of the site* (transparencia de intenciones)

- *Disclosure of developers and sponsors* (financiadores y desarrolladores visibles).
- *Interests disclosed and not influencing objectivity* (transparencia de los intereses que influyen en los contenidos).
- *Balanced content, list advantages and disadvantages* (equilibrio de ventajas y desventajas).
- *Labeled with metadata* (existencia de *datos sobre datos* —describen el asunto, el contenido y la calidad, entre otros atributos de los conocimientos vehiculizados—, ver Capítulo 2).
- *Evidence-level indicated* (indicación del nivel de las evidencias¹) (Eysenbach, 2002).

En forma análoga a la epidemiología descriptiva, la epidemiología de la desinformación estudia la prevalencia de la información incorrecta (o de débil precisión), así como la de los indicadores de calidad, apuntando hacia las áreas donde la desinformación es más perniciosa. Su papel es identificar las lagunas de provisión de informaciones de buena calidad que conducirían al conocimiento y a la salud (Eysenbach, 2002). De forma semejante a la epidemiología analítica, estudiaría las correlaciones entre la calidad de las informaciones y los desenlaces en salud (Eysenbach, 2002).

Para Eysenbach (Eysenbach & Diepgen, 2001), Internet es considerada como la principal fuente de conocimientos para la educación en salud del consumidor, en el autoapoyo (*self support*) de los pacientes y para la investigación y educación de profesionales de la salud. Según las perspectivas de la *información en salud para consumidores* (ISC), una sociedad ávida de informaciones sobre salud de buena procedencia y calidad sería la base para un mundo menos debilitado por enfermedades prevenibles, que tornaría viables los sistemas de salud tan sobrecargados de costos (Capítulo 1). Redes de transmisión de paquetes informativos confiables producirían imágenes, textos y opciones de consumo para la preservación del patrimonio-salud de pacientes virtuales sin médicos.

La transmisión de habilidades y competencias para la erradicación de enfermedades sería la meta sanitaria-educacional prioritaria, nuevamente limitando el concepto de *salud* como antítesis del binomio. No obstante, lo que tal hipótesis ignora es el concepto de *salud* comúnmente vinculado al consumismo, que nada contribuye para la promoción de equilibrios, bienestar y superación de las adversidades del medio. Tal concepto se alimenta en la fuente de una sociedad de consumidores de productos relacionados a una matriz amorfa de bienes y valores. Bajo la óptica del consumismo, en su búsqueda por la potenciación de la performance y preservación de la estética de cuerpos, el ciclo de atención, interés, deseo y adquisición comienza y concluye en la innovación por la innovación.

Lo que se ha descrito hasta este punto del libro es la proliferación descontrolada de *oráculos* de información técnica sobre salud, sea en la Web o en los materiales impresos producidos por las computadoras de los hospitales. La racionalidad instrumental que se dedicó a la educación en salud en las últimas décadas ha amplificado

¹La jerarquía de las evidencias de la MBE.

cacofonías ruidosas. Miles de verdades científicas han sido producidas en los últimos años, diluyéndose mutuamente y a toda y cualquier tentativa de diseminación de conocimientos pertinentes. Observamos, en este escenario, los elementos lacunares necesarios para la comprensión de un modelo de educación en salud peculiar tanto a la *ortopedia moral de la república vieja*, como a la *infodemiología*:

- 1) La visión de la educación social como resultado de la sumatoria de la educación individual.
- 2) La creencia inflexible en un tipo de saber correcto, totalizante.
- 3) El escepticismo respecto del *saber vacío* popular (circunscrito por sus atributos de negatividad en relación al saber correcto).
- 4) La necesidad de transmisión vertical de informaciones unívocas, como en la educación bancaria de Freire (1988; 1983).
- 5) La expectativa de la generación espontánea de competencias a partir de la información revelada.
- 6) La instrumentación del otro como depositario de conocimientos para el progreso social.
- 7) La ignorancia y la desinformación como distorsiones a sanear.

La perspectiva iluminista de la cultura técnica, al emancipar al hombre de su minoridad de vicios morales y desinformación, se expresa en los excesos de acciones transmisionales de la educación. Adquiere relevancia a partir de una racionalidad restringida a la idea de infalibilidad de la validación técnica, que se conforma y adapta a las condiciones socioeconómicas e históricas vigentes. En épocas y sociedades gobernadas por la creciente demanda de productividad, admitía como fin declarado el perfeccionamiento del capital humano para la potenciación productiva de la masa trabajadora. El proyecto estatal tenía como objetivo la formación de un nuevo hombre brasileño, culto, limpio, sin vicios y sin ideologías, en síntesis, educado para el desarrollo de la nación. El Estado perseguía la instrumentación de aquel hombre por medio de la transmisión de valores que, por sí y en sí, garantizarían tal ascenso a plataformas más elevadas.

El contexto socioeconómico y cultural vigente ya no contempla la necesidad de incremento de la producción tanto como la promoción del consumo. No obstante, la misma racionalidad transmisional es advertida en el discurso contemporáneo, cuando este se aproxima al discurso iluminista de la década de 1920: la corrección cultural como instrumento de ascenso social. Los médicos, como Miguel Couto, ponen en evidencia la necesidad de administración, por intermedio del Estado, del proceso educacional como alternativa para la prevención de conflictos peculiares de un orden social excluyente. La educación sanitaria, vista como estrategia de disciplinamiento de hábitos y conductas, es considerada —en la dimensión nacional— como un interés de Estado.

Actualmente, yendo mucho más allá de la acción estatal, observamos la ampliación de la interferencia del poder económico replanteando tales cuestiones con objetivos diversos, centrados en el consumo de una producción ahora abundante

(en los países desarrollados, como el de Eysenbach). Observamos en la actualidad las mismas aplicaciones subliminales de instrumentos de transmisión de reglas de conductas y valores a las masas, como al inicio del siglo XX. Estos se expanden por el terreno cultural para cultivar ya no una moral de trabajo instruida por el Estado paternalista, sino el *shopping* informativo de un tipo de consumo cultivado en la pseudoautonomía del autocuidado.

Nuevos conceptos: la Carta de Ottawa y la acción comunicativa

En contraste con la visión transmisional de la educación, peculiar de las tecnologías de la información y la comunicación, se oponen dos conceptos que nacen en el mismo contexto histórico. El primero pone en el centro la idea de armonía y equilibrio de los hombres entre sí y con su medio. El segundo enfatiza la necesidad de partición intersubjetiva de sujetos para coordinar las acciones alineadas con el primer concepto. La idea de responsabilización colectiva para la superación de adversidades se fundamenta en los conceptos más amplios y osados de promoción de la salud, inaugurados por la Carta de Ottawa. El último se alinea con la idea de interacción lingüística, en el debate simétrico y libre de ideologías como condición de viabilidad para operar las transformaciones encerradas en el primer enfoque.

La idea de *promoción de la salud* no es reciente y puede ser advertida en diversos momentos históricos, contextualizada por diferentes determinantes políticos, culturales, económicos y sociales. Es interesante observar su evolución, que inicialmente ponía el énfasis en la asistencia a la enfermedad en sí, pasando gradualmente a un abordaje positivo de la salud, vinculado a condiciones de equilibrio social y bienestar. El hito histórico en el concepto de *promoción de la salud* fue establecido en 1986, en la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. De este encuentro surgió la Carta de Ottawa, considerada un documento base en el cual se definen los prerequisites y acciones para la construcción de sociedades saludables. La *promoción de la salud* es conceptualizada:

...como el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en el mejoramiento de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso [y se agrega que] para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades y modificar favorablemente el medioambiente. (OMS, 1986)

Esto implicaría un trabajo colectivo dirigido hacia el bienestar físico, mental y social, incluyendo elementos hasta ese momento alejados del terreno de la salud.

Por primera vez en un documento de esta envergadura son admitidos —además de la educación, alimentación y de los recursos económicos— bienes sociales como igualmente preciosos: la paz, la vivienda y los recursos sustentables, la importancia

de un ecosistema estable, además de la justicia social y la equidad. El documento afirma que la salud es un concepto positivo —enfatisa recursos sociales, personales y capacidades físicas—, un recurso para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de la calidad de vida. Atribuye el papel de protagonistas a hombres y a mujeres, considerados en las acciones de promoción como potencialmente capaces de controlar los factores determinantes de su salud.

El concepto de *educación en salud* guardaría, a partir de tales postulados, una gran área de intersección con estos bienes, toda vez que la carta especifica como algunas de sus prioridades:

[A]bogar por la salud como recurso de la mayor importancia; capacitar a la población para que sus niveles de salud; mediar la participación de toda sociedad; reforzar las acciones comunitarias para que sus acciones sean objetivas y concretas; desarrollar competencias personales para que las personas se acostumbren a aprender siempre; reorientar los servicios de salud para que sus acciones superen las fronteras puramente curativas. (OMS, 1986)

En julio de 1997, en Indonesia, durante la 4.^a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la Declaración de Yakarta (Promoción de la Salud para el Siglo XXI), avanza un paso más al proponer la intervención sobre los determinantes globales de la salud, la reducción de las inequidades y la garantía de los derechos humanos para la constitución de la salud como capital social. La promoción de la salud, por lo tanto, trascendería la definición de estilos de vida saludables y demarcaría las condiciones esenciales y los recursos básicos para la salud, admitiendo la necesidad de acciones colectivas intersectoriales para el éxito de tal proyecto. El enfoque contemporáneo (presente tanto en la Carta de Ottawa de 1986, como en la Declaración de Adelaide —Australia, 1988— y en la Carta de Bogotá de 1992) enfatizaría el atributo humano de la resiliencia. En otras palabras, se procuran mecanismos y recursos para potenciar la capacidad de los hombres para superar las intemperies, saliendo de ellas fortalecidos y transformados.

Se hace necesario observar a las sociedades como sistemas autoorganizadores que admiten múltiples niveles de estabilidad dinámica, ocasionalmente debilitadas por interferencias múltiples, simultáneas, a veces imprevisibles pero siempre interdependientes. Para ser admitido como saludable, el complejo sistema social necesita de la máxima flexibilidad que sus inúmeros mecanismos de ajuste puedan posibilitar. Es necesario cultivar la coordinación de acciones en todos los segmentos, por intermedio de una vasta riqueza de espacios y opciones de interacción para la acción.

En el ámbito de la observación individual, es necesario considerar el poder de las interconexiones subjetivas cotidianas en la tematización de los contenidos cultural y subjetivamente relevantes involucrados en la creación de condiciones propicias para la salud. En el nivel de una observación más abarcadora, la promoción y la educación en salud deben contar no solo con recursos para la modificación del medio, sino también con la comprensión de los factores potenciadores de enfermedades (o salud) contenidos en las relaciones humanas. En ese sentido, en el proceso de

facultar a las personas alternativas para que “aumenten el control que tienen sobre su salud y mejorarla” (OMS, 1986), es necesario admitir a los medios de comunicación como actores clave para la promoción de la salud, por su poder de interferencia cultural. No obstante, se observan (como vimos en el capítulo anterior), sobre todo con el advenimiento de Internet, nuevas tendencias que se han dedicado a la diseminación de una *salud pública promocional* vinculada al consumo de bienes y servicios y presionada por vectores económico-mercadológicos, que se apoyan en la cultura de la ciencia y del consumo como pilares de credibilidad.

Tal potencial para el cambio o para la inmovilidad es reconocido por los teóricos de la gubernamentalidad foucaultiana aplicada a la categoría cultural del *riesgo*. Según el análisis de segundo orden de Lupton (OMS, 1986), la regulación y el *disciplinamiento*, visto desde esta perspectiva, estarían dirigidos hacia individuos autonomizados, que se autovigilan a distancia de los riesgos. En un intento por preservar sus inversiones en *mejorías de vida*, entre las cuales es colocado el *patrimonio-salud*, se apegan a la estética y a la performance en una confusa mezcla de apariencia y función. De esta forma, los medios de comunicación de masas, así como los profesionales de la salud y sus clientelas, se transforman en clientes y consumidores mutuamente influenciables. En este mercado cultural, los profesionales y sus consumidores de salud se someten a la regencia de una modalidad de promoción de salud —o salud promocional— que guarda poca relación con los conceptos de resiliencia y desarrollo de competencias individuales.

Con el pasar de las décadas, lo que observamos es una forma de desencanto con el poder transformador de la cultura técnica, expresado en el reconocimiento de la complejidad de la transformación deseada, de la cual deriva la demanda de nuevos especialistas. En el escenario contemporáneo observamos que la simple exposición a la cultura técnico-científica por los medios de comunicación de masas aún no desencadenó la revolución esperada. Tal desencanto contribuye al resurgimiento de los “técnicos del cambio de comportamiento”, como fue señalado por Brown y Margo (1987; citado en Assis, 1998) y Lupton (1995), en el proceso de transición epistemológica estructurado por médicos y epidemiólogos. De esta manera, el estilo de la *fuerza alfabetizadora* es reemplazado por el estilo persuasivo en la diseminación de verdades técnicas a través de los medios de comunicación. Fueron preservadas de forma tácita las características de transmisión de valores, ocultas en el interior de la transmisión de informaciones y técnicas, muchas veces alineadas con verdades producidas por culturas y ambientes remotos.

Antiguos dogmas y nuevos mitos

Para el hombre moderno es preciosa la sensación de autonomía para decidir, libre de amarras ideológicas y del yugo de autoridades opresoras, religiosas o políticas. Cada vez confiamos más en los senderos de la ciencia, conduciéndonos rumbo a un futuro de confort y seguridad. Una de las principales peculiaridades comprendidas en la idea de modernidad —presente tanto en el sanitarismo moral de la década de

1920 veinte como en la educación transmisional por Internet— es la creencia de que la evolución del *Homo sapiens* en el planeta se basa en una sociedad progresivamente racional. El ideal iluminista nos aproximaría a las verdades esenciales que conducen al conocimiento, juez mayor de las disputas en una sociedad caótica, proveedor de progreso y mitigador de las fragilidades humanas. Sin embargo, el sentido que se le otorga a tal racionalidad se tornó indisoluble de los entretrejididos de tecnicismo en el cual enredamos gran parte de nuestros íconos culturales.

Por lo tanto, como consecuencia de la liberación de los antiguos dogmas, nos apegamos a nuevos mitos: la defensa de la razón como criterio último para el establecimiento de cualquier verdad. De forma similar, hay diversas teorías educacionales modernistas que admiten la transmisión unilateral de conocimientos como un proceso de emancipación, a través del cual el individuo edificará su autonomía. Bajo tales perspectivas, el terreno de la *educación en salud* siempre fue caracterizado como un *locus* privilegiado para la formación de sujetos racionales y autónomos. En este campo actúan los técnicos de la modificación de comportamientos a la espera de *health outcomes* (resultados) más promisorios que confirmen el éxito de sus intervenciones.

Están los que se mantienen escépticos respecto de la lógica del conocimiento científico como motor competente, por sí mismo, para promover el esclarecimiento y producir la emancipación. Algunos filósofos frankfurtianos, como Adorno & Horkheimer (1985) y Marcuse (1969), desconfían de la promesa iluminista del siglo XVIII: la emancipación a través del esclarecimiento. En sus libros admiten a la historia como un proceso inexorable de dominación por el saber instrumental, y no la realización de etapas de desarrollo, en el sentido de una humanidad crecientemente racional. De hecho, hay aspectos en esta racionalidad que parecen no haber posibilitado la evolución de la condición humana, sino solo y apenas las condiciones de potenciación de sí misma.

Sin embargo, no todos los frankfurtianos son escépticos en relación con la expansión maléfica de la racionalidad humana, independientemente de su naturaleza y propósitos. Jürgen Habermas (1984) identifica otra forma de racionalidad, mucho más adecuada a las cuestiones aquí planteadas: la racionalidad comunicativa, comprendida en el reconocimiento intersubjetivo entre hombres que definen el mundo en el campo simbólico para coordinar sus acciones. En realidad, la racionalidad humana, a través de los siglos, siempre fue observada en la forma reducida de su aspecto sistémico, técnico-científico, raramente considerada en su potencial comunicativo de producción de consensos para proyectos colectivos. A partir de la modernidad, la razón de los medios e instrumentos se hipertrofió. Proliferan técnicas para alcanzar fines predefinidos por *experts* como portavoces de esta razón instrumental. Tal racionalidad se expande para dominar el mundo de los objetos y reducir todos los problemas humanos a cuestiones ecuacionables unilateralmente.

Tales perspectivas contrastan frontalmente con otra forma, ampliada, de ver el papel de la educación y de la salud: la transferencia del poder individual hacia el poder colectivo como motor del cambio y del ascenso social. El objeto de intervención se expandiría mucho más allá del campo de la degeneración celular y de los

microorganismos que proliferan en los hábitos insalubres. Se inscribiría con mayor densidad en las condiciones de vida y de trabajo, suscitando acciones técnicas, políticas y culturales, siempre y necesariamente organizadas como prácticas sociales. Esta forma de admitir el proceso educacional (y ya no la intervención educativa) florece en Brasil tras la apertura política al final de la década de 1980. Puede ser encontrada en las directrices de la extinguida División Nacional de Educación en Salud, como “proceso que contribuye a la formación y desarrollo de la conciencia crítica de las personas respecto de sus problemas de salud y estimula la búsqueda de soluciones y la organización para la acción colectiva” (Ministerio de Salud/DNES, 1989).

En nuestra opinión, tanto el concepto moralista de la década de 1920 como la perspectiva contemporánea de la *educación —o información— en salud* padecen un instrumentalismo, que últimamente ha reemplazado a la moral de la higiene y de las buenas costumbres por el consumismo de la información y de la salud como bienes acumulables. Tales tendencias se han expresado sobre todo en el campo de las tecnologías de diseminación de información. Hay exceso de estímulos mediáticos sobre salud que se incorporan a las estructuras culturales tradicionales de forma integrada e interdependiente, produciendo una ruidosa cacofonía. Los avances tecnológicos de la ciencia del diagnóstico y de la cura ya fueron plenamente absorbidos por el complejo cultural contemporáneo de racionalización económico-burocrática que, con los recursos tecnológicos actuales, sobre todo Internet, torna accesible a un número creciente de hogares y escuelas una masa exponencialmente creciente de informaciones. De esta forma, bien distantes de la moral que condena el vicio, la vagancia y la agitación política, el culto a las fórmulas y formas estéticamente aceptadas convence por la seducción de sus íconos, dispensando la retórica de la moralidad. Como en la *vieja república*, se retroalimenta en el sistema que, si bien no los generó solo, los alienta.

En la cacofonía de los medios de comunicación masiva, hay íconos que inspiran ideas de males insidiosos, exclusión, dolor y muerte como riesgos cercanos, tal vez inminentes, que estimulan el consumo de informaciones sobre el diagnóstico y el tratamiento de determinadas enfermedades (como el cáncer, el SIDA y las enfermedades coronarias). Paradójicamente, también se persigue el ideal del curso de vida saludable y natural, aunque impregnado de una mal definida esencia artificial-tecnológica. Hay íconos que diseminan el imperativo de la estética de las formas apolíneas al precio de intervenciones quirúrgicas y, en el extremo, la *botoxicomanía* y las mutilaciones orgánicas (como en las cirugías de reducción de estómago). La explosión de la oferta de sitios de Internet sobre salud y el consumismo de informaciones sobre diagnósticos y tratamientos tecnológicamente sofisticados que se observa (Capítulo I) aún no alcanzó el éxito en su proyecto de construcción de sociedades y ciudadanos saludables, esclarecidos y actualizados en las evidencias científicas.

En el campo de la *promoción de la salud*, hay trabajos que relacionan directamente los fracasos advertidos, a fallas de los modelos explicativos que enfatizan la educación vertical. Baillie tipifica diversas definiciones de educación en salud y prevención primaria en cáncer, dentro de perspectivas en las cuales el individuo

es clasificado como un receptor pasivo “...la prevención primaria del cáncer resulta de la remoción de los seres humanos de las exposiciones que les causan este mal”; actor invisible “...la prevención es alcanzada cuando la modificación de factores exógenos resultan en la reducción del riesgo de cáncer”; en contraste con los abordajes que los tienen como participantes activos “...prevención puede ser definida por las maneras en las cuales las estrategias de educación y promoción de la salud pueden desarrollar competencias y promover un ambiente social que permita a las personas y comunidades prevenir y controlar enfermedades” (Baillie *et al.*, 2000).

La autora canadiense critica los programas que frustran las expectativas sociales, destacando el dominio de la “visión especialista” (Baillie *et al.*, 2000) sobre salud en detrimento de las expectativas de la sociedad leiga. La prevención primaria sería una actividad emblemática, en el paradigma que asume la convergencia entre diversas categorías profesionales y la sociedad. Dado el carácter multidisciplinar, aunque vertical y no dialógico de la mayor parte de los proyectos, las diversas categorías profesionales actúan de acuerdo con sus propias necesidades, intereses y alternativas de resolutiveidad. Esto dificultaría la creación de canales amplios de comunicación como actividades no sometidas a las fuerzas coercitivas, sean ellas deliberadas o no.

Hay diversos autores que proponen modelos de *educación en salud* fundados en el *diálogo crítico*, en el cual un proceso comunicacional abierto se torna nuclear, no solo para atravesar las barreras que se erigen entre los grupos, sino también para exponer e identificar los diversos intereses² a partir de los cuales cada grupo estructura su conocimiento. La acción comunicativa —en el sentido conferido por Jürgen Habermas (1972; 1979; 1984)— auxiliaría a la sociedad en el proyecto de deconstrucción de sistemas de pensamiento cerrados, diferenciando objetivos y significados corporativos de un interés social más amplio. Advertimos, en estos terrenos, déficits de racionalidad comunicativa, principalmente en las prácticas educativas.

La ciencia como construcción monolítica y saber hegemónico unilateral ha fallado desde la época del Dr. Miguel Couto en promover el esclarecimiento como uso de la razón orientada discursivamente en dirección a las prácticas preventivas en salud. No obstante, la función prioritaria del discurso en la obra de Paulo Freire (en cierta convergencia con Jürgen Habermas) no estaría planteada como panacea del cambio social, lo que sería una contradicción en su mensaje antiinstrumentalista. Como bien sintetiza Gibson (1999), acerca del papel del discurso y de la equidad de las relaciones sociales:

...la contribución de Freire acerca de la importancia de la ideología es la insinuación de que la equidad puede superar la contradicción, no por un idealismo sustituto del materialismo, sino simplemente con una nueva comprensión surgida de una visión fundamentalmente social más que tecnológicamente mecánica... (Gibson, 1999)

²La connotación conferida al término *interés* es la utilizada por Jürgen Habermas para definir los impulsos básicos que orientan y estructuran la construcción del conocimiento (1972).

Según la visión habermasiana, la reproducción a través del discurso de estructuras simbólicas que contribuyen a la formación de la identidad personal y social, se fundamenta en el presupuesto de la triple constitución del mundo, en sus dimensiones cultural, personal y social. El mundo de la cultura asume configuraciones de depósito conceptual, del cual la sociedad extrae sus significados y conocimientos, como por ejemplo, para la comprensión de los mecanismos de producción de enfermedades. El mundo social se definiría en el conjunto de los órdenes legítimos, por los cuales los participantes producen, reproducen y sedimentan su pertenencia a grupos, garantizando solidaridad y sentimiento de estabilidad social por la normatividad. En el mundo de la subjetividad quedan comprendidas las competencias a través de las cuales los individuos adquieren la facultad de comunicarse y actuar, afirmándose como sujetos al participar del proceso de intercomprensión, por la resignificación y por la intersubjetividad buscada a través del diálogo. Por lo tanto, no es posible desencadenar un proceso educativo forzando la entrada del conocimiento científico por la puerta del depósito cultural, considerando que este está estructurado por las relaciones sociales y modulado individualmente por la subjetividad.

La tecnologización cultural que se expresa en la *educación en salud* en su modalidad lineal, vertical y unilateral, experimenta típicas dificultades al situarse en el contexto de la triple constitución del mundo. Genera abundantes productos educativos (del mundo técnico, objetivo), a veces extraños a los territorios (culturales, sociales y subjetivos) a los cuales deberían adaptarse. El saber sordo del educador a veces adquiere contornos de irracionalidades cuando es dirigido sin contextualización al *saber vacío y mudo* del educando. Por otro lado, las acciones cotidianas se tornan blancos de interferencia de las ciencias médicas, cada vez más prescriptivas al especificar las tasas salvadoras o amenazadoras de la colesterolemia, las dosis diarias ideales de vino tinto y ejercicios —recategorizados como elementos terapéuticos y no necesariamente como actividades de ocio— y la importancia o futilidad de los suplementos vitamínicos. Tales verdades científicas se interpenetran y se reproducen, consagradas por enfoques naturales o científicamente validados, como proyectos de popularización para el consumo de saberes técnicos, bajo una definición amorfa de salud.

Razón comunicativa y emancipación social

La razón comunicativa se define en una sociedad de sujetos competentes interactuando rumbo a la evolución social sobre la base de acuerdos racionales (y no por la dominación mutua a que se someten opresores y oprimidos). El sujeto, en este contexto, “no es más definido exclusivamente como aquel que se relaciona con objetos para conocerlos o para actuar a través de ellos y dominarlos” (Siebeneichler, 1989, p. 42), sino como aquel que, durante su proceso de desarrollo histórico, es obligado a interactuar y a entenderse con otros sujetos. La razón instrumental, por lo tanto, se realizaría plenamente en las condiciones creadas por la razón comunicativa que, de esta forma, se convertiría en emancipatoria.

Habermas, partiendo de la teoría de los actos del habla (Austin y Searle), adoptó en su filosofía un sesgo lingüístico, comunicativo, para escapar de lo que denominó *paradigma de la conciencia* (Habermas, 2000), que atraviesa la tradición filosófica desde Descartes hasta Kant, Hegel y Husserl. Todos estos sistemas de pensamiento tienden a gravitar alrededor de la conciencia (o autoreflexividad), admitiendo al ser humano como un sujeto aislado que utiliza una razón subjetiva para aprehender el mundo y a sí mismo solo, sin interacción lingüística con sus pares (Habermas, 2000). Todas las concepciones de la historia suponen un único sujeto que se realiza. Habermas, de otro modo, admitiendo la pertinencia de una filosofía de la intersubjetividad, adopta el término “evolución social”, buscando caracterizar a la evolución de la humanidad en el sentido de la expansión de diferentes niveles racionales de comunicación, utilizando el lenguaje y complejizando sus subsistemas sociales.

Según Siebeneichler (1989), Habermas reemplazó a la razón centrada en la conciencia por una razón centrada en la comunicación, que no se consume en el mero contacto del sujeto con el mundo sino, fundamentalmente, en la interacción entre sujetos a través del proceso de comunicación. Al contrario de la relación sujeto-objeto, la relación sujeto-sujeto evoca “un concepto procesal y comunicativo” que encierra una concepción dialógica y social de la racionalidad. Por ser una razón procesal, trascendente por un lado (dado que supera contextos de vida y encuentra la unidad en la diversidad de los discursos), concentra todo su peso en el terreno de la contingencia y del ambiente, lo que descarta una definición apriorística de la sustancia de ese proyecto.

En Habermas, la razón comunicativa siempre se mantuvo presente en las sociedades, aunque en la modernidad y fuera de los regímenes totalitarios haya sido posible liberar a los sujetos y sus discursos de los grilletes de los sistemas de pensamiento cerrados en sí mismos. En las sociedades tradicionales, la posibilidad de cuestionamiento de las certezas fundamentadas en la tradición y en los valores compartidos, dejaba espacios reducidos para la tematización de diferentes visiones de mundo. La expresión de este sistema de pensamiento en el campo de la *educación en salud* nos conduce al ejemplo de la *educación sanitario-moral de la república vieja* (el alcoholismo y la miseria como distorsiones morales, el desempleo como indolencia, etcétera). La sociedad contemporánea, por otro lado, estaría siendo colonizada por una racionalidad instrumental hegemónica, en la cual la tematización de íconos científicos se expande a todos los campos, tanto en las relaciones cotidianas como en las esferas públicas de discusión.

Habermas defiende la reversión de este proceso en la descolonización del mundo de la vida —espacio simbólico social poblado por la cultura y consustanciado en el lenguaje— y la restauración de la sociabilidad sobre la base de la acción comunicativa. El pasaje de la filosofía de la historia hacia la de la evolución social, por lo tanto, no descartaría la importancia del progreso tecnológico, dado que la razón comunicativa gobernaría este proceso. Al restaurar su primacía sobre la razón instrumental, conduciría a la sociedad a plataformas más elevadas de desarrollo, teniendo al lenguaje como médium que posibilita la comunicación entre los hombres, una forma más evolucionada de relación entre los sujetos que posibilitaría la tematización de valores para la elaboración de normas, así como su cuestionamiento. La

humanidad, que aspira a llegar a la madurez, afirma él, se desarrolla en la historia a través del diálogo, de la comunicación racional.

...también el actuar comunicativo es una actividad que apunta a un fin. Sin embargo, aquí se interrumpe la teleología de los planes individuales de acción y de las operaciones realizadoras, a través del mecanismo de entendimiento, que es el coordinador de la acción. El *engate* comunicativo a través de actos ilocucionarios [...] somete las orientaciones y el desarrollo de las acciones [...] a las limitaciones estructurales de un lenguaje compartido intersubjetivamente. (Habermas, 1990, p. 130)

Habermas no formuló nada sistemático sobre la cuestión de la *educación en salud*, aunque los procesos educacionales estén presupuestos en su teoría de la evolución social. Una acción educativa en salud plenamente alineada con los conceptos de la Carta de Ottawa, de esencia igualitaria y emancipatoria, debería contemplar acciones comunicativas. Tal abordaje no podría dispensar un proceso de racionalización instrumental, implicando el conocimiento de mecanismos de enfermedad, efectos de fármacos y determinantes socioeconómicos culturales de la enfermedad. No obstante, no debería dispensar el perfeccionamiento de la comunicación entre los sujetos, admitiéndola como racionalidad coordinadora. Creemos que tendríamos que esperar la resolución de gran parte de los conflictos humanos que conducen a las condiciones que propician la enfermedad. Sobre la base de discusiones racionales, que comprendan simetría de interlocución, tendríamos a nuestro favor el gran poder transformador de la interacción humana, que hace posible la evolución material en forma equilibrada con las demandas sociales.

Por lo tanto, los subsistemas sociales involucrados directa o indirectamente en la acción educativa en salud —estructuras de la esfera asistencial, medios de comunicación de masas, entidades representativas, escuelas, etcétera— que es la de promover emancipación, bienestar e igualdad, deberían constituirse en instituciones organizadas según una racionalidad comunicativa. El acto educativo se liberaría del carácter de concientización individual, de crítica individual. Debería volcarse a la construcción de un pensamiento-acción colectivo que se articule con los diversos discursos, en la búsqueda incesante de una responsabilidad conjunta. Esto implicaría la creación de *locus* de conversación, como procesos de intercambios intersubjetivos para la construcción de conocimiento sobre dimensiones individuales y sociales. En el perfeccionamiento de la capacidad argumentativa y en la organización de los discursos sería posible problematizar el discurso cotidiano que abre el acceso a la construcción de consensos.



Capítulo 4

Medicina basada en e-evidencias: encantos y desencantos¹

La renuncia del profesor Sackett

En la edición del 6 de mayo de 2000, *el British Medical Journal* presentó, en la sección *Reviews/Personal Views*, una contundente —y, de cierta forma, dramática— declaración del renombrado profesor David L. Sackett, titulada “*The sins of expertise and a proposal for redemption*” [los pecados de la *expertise* y una propuesta de redención]. En síntesis, uno de los principales creadores del movimiento de la *medicina basada en evidencias* (MBE), (el título de este texto usa *e-evidencia* para resaltar el hecho de que sea *electrónico* —vía Internet— el acceso a las fuentes de las evidencias), anunciaba públicamente su decisión de “...nunca más dar clases, escribir o actuar como *referee* en cualquier cosa relacionada con la práctica clínica basada en evidencias”. Para él, hay muchos “más *experts* disponibles de lo que sería saludable” (Sackett, 2000, p. 1283). Después de esta renuncia, David L. Sackett señala que se dedicará específicamente a actividades académicas relativas a ensayos clínicos aleatorizados.

Pero ¿cuáles serían los pecados de la *expertise* que, en la perspectiva sackettiana, “retardan el progreso de la ciencia y provocan daños en los más jóvenes”? (Sackett, 2000, p. 1283). En primer lugar, la *posesión* de este estatuto conferiría mayor poder persuasivo a las opiniones de los *experts*, más allá de su efectiva pertinencia científica; “...y el progreso en dirección a la verdad es perjudicado ante la presencia de un *expert*” (Sackett, 2000, p. 1283). El segundo pecado consistiría en los pedidos de financiamiento y en la presentación de manuscritos que contrarían el “consenso corriente de los *experts*”. Habría alguna inclinación (“tentación”, en las palabras de Sackett), por parte de los comentaristas, a aceptar o rechazar “nuevas evidencias e ideas”, no por su “mérito científico”, sino en función de las perspectivas de los *experts* frente a los tópicos donde demuestran su competencia especializada (Sackett, 2000, p. 1283). Este aspecto específico puede ser ejemplificado a través de la difundida farsa elaborada por el físico Alan Sokal, aceptada y publicada por la revista de estudios culturales estadounidense *Social Text*, en 1996. En esa parodia, el autor ridiculiza,

¹Versiones anteriores de este texto fueron publicadas en Castiel & Povoia (2001) y Castiel & Povoia (2002).

disimuladamente, textos en los cuales intelectuales famosos (llamados “filósofos posmodernos”) *abusan* de conceptos científicos (Sokal & Bricmont, 1999).

La propuesta de redención sugerida por Sackett apunta, no sin una buena dosis de candidez, hacia una “jubilación sistemática de *experts*”, en cargos y posiciones desde donde no influyan en el “progreso de la ciencia”. ¿Cuáles fueron las manifestaciones (“signos clínicos” según la analogía chistosa de este autor) que señalaron al Dr. Sackett algo como la “existencia” fantasmagórica de una criatura, un “doble” suyo, que no solo logra el reconocimiento (aparentemente no deseado) del *status* de *expert* —al recibir un título honorífico—, sino que también hace inadvertidamente el poco honroso papel, para un investigador académico, de “promotor de ventas”? ¡Esta desagradable constatación se originó en el nombre dado a un recurso mercadológico en el comercio de libros biomédicos —“el vínculo artificial de una publicación al movimiento de la medicina basada en evidencias, con el propósito de aumentar las ventas”— “sackettización”! [*sackettisation*, en el original] (Sackett, 2000, p. 1283).

Estas sorprendentes declaraciones recibieron comentarios elogiosos, ante el coraje y la pertinencia de las posiciones del investigador canadiense, y algunos suaves reparos por *email* de diferentes comentaristas.

En suma, el propósito central de este texto es señalar algunas de las varias cuestiones implicadas en los emprendimientos biotecnocientíficos en la actualidad —donde la MBE se constituye como un emblema—, especialmente los aspectos que se refieren a los sistemas *expert* (Giddens, 1991) y en la correspondiente idea de competencia especializada (Bauman, 1995).

Con esta finalidad en mente haremos una revisión sumaria de las proposiciones de la MBE, que puede ser definida, sintéticamente, como: “proceso sistemático de descubrir; evaluar y usar hallazgos de investigaciones como base para decisiones clínicas” (Guyatt *et al.*, 1992).

La medicina basada en evidencias

En cierto sentido, sintomáticamente, se puede considerar la emergencia de la MBE, en el comienzo de la década de 1990, como uno más de los retoños de lo que hemos llamado *dominios biotecnocientíficos* (Castiel, 1999a). Los orígenes se remontan al movimiento de la *epidemiología clínica* anglosajona, iniciado en la Universidad McMaster (Canadá) en la década de 1980 que, a su vez, se fue aproximando paulatinamente a la medicina, hasta surgir vigorosamente con la denominación con la cual se conoce hoy.

Es necesario destacar la curiosa metamorfosis gramatical ocurrida. El adjetivo *clínica* se transforma en sustantivo de mayor amplitud —*medicina*—, y recibe una locución adjetiva de indiscutible efecto retórico. El *basada* transmite la sugestiva idea de solidez, como *fundación/fundamento*, que estará constituido por el elemento sensorial humano considerado más fidedigno (la visión) para proporcionar el acceso a hechos ocurridos que podrán ser, entonces, evidenciados como las mejores

aproximaciones posibles —*pruebas*— de lo que sean las *verdades*. Al agregarse la bioestadística y la informática médica, se configura el proclamado trípode de sustentación de la MBE (Drummond & Silva, 1998).

¿Por qué la designación escogida por el movimiento MBE fue justamente aquella que incluye *evidencia* —en el sentido usual anglosajón del vocablo—, prueba de indicación de verdad (inclusive jurídica)? Difícil saberlo sin indagar entre los que propusieron tal término. Sin embargo, es fascinante la vinculación entre términos (y procedimientos) comunes jurídicos y científicos: investigación, prueba, contra-prueba, ley, protocolos, demostrar, fundamentar, etcétera (para una hipótesis acerca de esta conexión, ver Samaja, 1993). En ambos, se lidia con dos etapas: a) colecta de informaciones/datos; b) establecimiento de juicios frente a los resultados para llegar a decisiones/veredictos (*considerados verdaderos*). Esta es una excelente oportunidad para explorar la relevante cuestión de vivir en una era hipercomunicacional, en la cual designaciones, marcas, slogans, participan activamente de la creación y sustentación del interés de aquello que se pretende difundir (y, eventualmente, generar consumo). Esto vale, *mutatis mutandis*, también para el ámbito científico.

Tenemos, de este modo, la meta enunciada de perfeccionar el uso del raciocinio más allá de la casuística clínica de cada médico y sus potenciales orientaciones. Para que tal finalidad sea alcanzada, se deben seguir algunos preceptos, bien sintetizados por Jenicek (1997):

- Formulación de una clara cuestión clínica a partir del problema del paciente, que precisa ser respondida.
- Búsqueda en la literatura de artículos y otras fuentes de información relevantes.
- Evaluación crítica de la evidencia (información obtenida por investigación original o por síntesis de investigaciones, por ejemplo metaanálisis).
- Selección de la mejor evidencia [...] para la decisión clínica.
- Vinculación de la evidencia con experiencia clínica, conocimiento y práctica.
- Implementación de los hallazgos útiles en la práctica clínica.
- Evaluación de la implementación y del desempeño general del profesional de la MBE.
- Enseñanza a otros médicos acerca de cómo practicar la MBE. (Jenicek, 1997)

Es perceptible el éxito en la difusión del enfoque basado en evidencias en el ámbito biomédico. Algunos indicadores triviales y arbitrarios pueden dar cuenta de ello. Por ejemplo, rápidas búsquedas con las palabras clave “*evidencebased*” traen (en marzo de 2004): a) en el buscador Google, 7.330.000 ítems; b) en el Medline, más de 62.740 artículos publicados; e) en la librería del BMJ (BMJ Bookshop), 240 resultados (donde se destacan varias especialidades biomédicas “*evidencebased*”, pero también fitoterapia, acupuntura, orientación y terapias psicológicas, psiquiatría, economía de la salud, política de salud, elección de los pacientes, odontología, asistencia social, salud pública, promoción de salud para profesionales de la información, masajes terapéuticos y tratamiento de verrugas). Además, hay una publicación científica,

Evidence Based Medicine (editada por el grupo BMJ), y varios centros para MBE, con sus respectivos portales.

A propósito, vale la pena comentar la retórica encontrada en la ilustración de la tapa de la obra seminal de la MBE de Sackett *et al.*, última edición en 2000. Se trata de una estilización del *cubo de Rubik* —rompecabezas bastante en boga en el inicio de la década de 1980— una estructura cúbica en la cual cada faz era compuesta por conjuntos de nueve pequeños cubos (en seis colores distintos) que se deslizaban conforme los diseños del usuario. El arduo objetivo era el de homogeneizar el color referente a cada faz. En el caso de la tapa del libro, los colores son reemplazados por imágenes/íconos/letras representando facetas diagnósticas/terapéuticas, entre otras (como estetoscopio, Rx, jeringa, frasco de remedio, árbol de decisiones como protocolo [*guideline*], calavera con dos fémures cruzados —la obvia imagen corsaria del peligro de muerte—, y la letra “i” en el interior del círculo —sugiriendo “Internet”— en el centro de los nueve pequeños cubos que constituyen la faz del gran cubo), vinculadas a la actividad médica. Pues bien, no parece absurdo interpretar que la MBE procura transmitir, en esta expresiva ilustración, la analogía de que la práctica clínica puede equivaler y asemejarse a tentativas de resolución de difíciles rompecabezas (*puzzle* en inglés, que también significa *perplejidad*, *desorientación*). Simultáneamente, proporciona una representación figurada de este rompecabezas que, aun con sus complicaciones, puede ser solucionado.

Hagamos (aun arbitrariamente) la comparación con otra línea distinta de estudios sobre la formación médica, cuyo título del libro-texto parafrasea la MBE: *Narrative-based medicine. Dialogue and discourse in clinical practice* (Greenhalgh & Hurwitz, 1998). Esta interesante obra resalta el papel de la narrativa en la medicina, cubriendo cuestiones teóricas y prácticas, tales como el uso de la narrativa como herramienta terapéutica; enseñanza de narrativa a estudiantes; cuestiones filosóficas; la narrativa en decisiones legales y éticas, etcétera. Uno de los argumentos contenidos en el libro es bastante convincente. Ante la pregunta: ¿por qué los profesionales de la salud deben prestar atención a la narrativa en el campo médico?, la respuesta es simple y directa. Porque la narrativa cumple la función de actuar como *punte*, creando nexos en muchas situaciones: 1) la generación de vínculos entre quien narra y quien escucha; 2) la posibilidad de que los cuidadores de la salud operen con la mayor efectividad posible al lidiar con el equilibrio precario entre las similitudes generales de los organismos humanos y las diferencias singulares de cada uno de nosotros; 3) la producción de conexiones entre diversas disciplinas relevantes para la práctica, la enseñanza y la investigación en salud. Aun con todo su aparente éxito (o por ello mismo...), el movimiento de la MBE ha sido objeto de intenso debate académico y filosófico. Por ejemplo: las *evidencias* muchas veces son incompletas y contradictorias; aumento de la incerteza cuando múltiples técnicas están asociadas con estrategias clínicas; relativo distanciamiento de la MBE respecto de las preferencias de los pacientes; la transposición de estudios hechos en grupos poblacionales a casos particulares o individuales es un desafío; la MBE es impracticable o imposible en muchas situaciones de emergencia; las *evidencias* pueden no ser encontradas para muchas situaciones clínicas en su especificidad; la problemática integración de

la MBE a la experiencia clínica, conocimiento y práctica de cada médico (Jenicek, 1997; Jackson *et al.*, 1998). No es nuestra intención profundizar aquí las discusiones epistemológicas acerca del campo en análisis. Para ello, el artículo de Sehon & Stanley (2003) presenta un abordaje quineano de las muchas críticas de carácter filosófico, conceptual y metodológico y varias indicaciones bibliográficas al respecto. Sin embargo, hay algunos aspectos que merecen atención para los propósitos de nuestro texto.

Tomemos el hecho de que los trabajos producidos por el movimiento de la MBE anuncian que se trata de un “*nuevo paradigma* asistencial y pedagógico” (cur-sivas añadidas). ¡Algunos explicitan tal propiedad como un subtítulo en la propia tapa del libro! (Drummond y Silva, 1998). Como muestran Sayd & Moreira (2000), en un pertinente texto sobre las posibles afinidades propositivas encontradas en el pensamiento filosófico escéptico y el movimiento de la MBE, esta no se constituiría en *nuevo paradigma*, pues consiste en un modelo cognitivo adaptado a la práctica clínica que no rompe con modos lógico-rationales de producción de conocimiento científico.

Importa ahora destacar que tal noción kuhniana sufrió una impresionante popularización convirtiéndose —de cierta forma— en un término empleado abusivamente, no obstante su polisemia. Aun en el campo de la filosofía de la ciencia, su imprecisión semántica ya fue discutida e inclusive reelaborada por el propio Kuhn (1974).

A propósito, caben aquí algunos comentarios sobre el uso desgastado de la idea de *paradigma*, no solo en los dominios académicos, sino también más allá de sus fronteras. Paula-Assis (1993) muestra cómo la importación de términos kuhnianos —especialmente el de “estructura de las revoluciones científicas” (Kuhn, 1970)—, por parte de autores de las ciencias sociales y humanas, es poco fiel a las intenciones de Kuhn.

Creemos que esto vale también para el uso dado por los autores y divulgadores de la MBE. Kuhn es un teórico y crítico de la racionalidad científica, y propone un modelo de análisis para la racionalidad humana, sus efectos y consecuencias sobre la base de las llamadas ciencias naturales. Estas, a su vez, se constituyen cada vez más en elementos centrales de la cultura occidental en pos de la producción de conocimiento y de objetos técnicos.

En realidad, como ya fue indicado en otro trabajo (Castiel, 1999), el enfoque de la MBE permanece eminentemente vinculado a las tradiciones de la razón científica. Es más, no podría ser de otra manera, pues la práctica médica es vista como una disciplina directamente vinculada a las biociencias. Hay una mínima alteración de enfoque, con el énfasis en los modos empiricistas de investigación en la ciencia, vehiculizados especialmente por los estudios de la epidemiología clínica al abordar dimensiones diagnósticas/terapéuticas/pronósticas en la práctica biomédica. En otras palabras, si la medicina es vista por algunos como una mezcla de *ciencia y arte* (se podría hasta decir *artesanía*, donde el maestro-artesano se constituiría como autoridad, *expert/perito* en su especialidad), la MBE reforzaría mucho más la dimensión *ciencia*, para evitar los riesgos de errores en decisiones basadas en

intuiciones originadas en la experiencia acumulada, comprobada solamente por la maestría en las *artes clínicas*. Cabe ahora, basados en Sousa-Santos (1989), señalar algunas de las características de la ciencia moderna, con sus modelos objetivistas, empiricistas y positivistas, cuya correspondencia con la MBE es perceptible. Por ejemplo: considera que la única forma consistente de conocimiento es el científico (por estar orientado por la racionalidad positivista), pues se basa en la idea de la objetividad; reduce el universo de los observables al cuantificable, y establece que la validez del conocimiento depende de una noción de *rigor* fundada en la lógica matemática, descalificando cualidades (no cuantificables) que dan sentido a la práctica; decide lo que es relevante y se permite descuidar lo que no consigue o no se dispone a abordar, considerándolo irrelevante; se orienta por preceptos de racionalidad formal/instrumental, desvinculándose de las posibles consecuencias irracionales originarias de sus productos técnicos; y sobre todo propicia la creación de *experts* y especialistas, hipertrofiando la alianza saber/poder, homogeneizando y descalificando la participación de otras racionalidades médicas y saberes legos.

En una perspectiva similar, Barata (1996) critica, específicamente, a la epidemiología clínica en su ideología: la incondicional objetividad del conocimiento científico (y su capacidad para evidenciar *verdades*); la potencia del instrumental cuantificador probabilístico en este proceso; la idea de progreso irrestricto en el desarrollo tecnológico de productos, técnicas e intervenciones con vistas a la prevención, detección y el tratamiento; la fuerte creencia en la neutralidad del emprendimiento científico, cuya premisa mayor es la dicotomía sujeto/objeto y, por consiguiente, el control de ambos, optimizando la objetividad y evitando los peligros de la subjetividad.

Por otro lado, es innegable que la MBE puede traer importantes subsidios a las tentativas de disminuir los márgenes de incerteza (y, también, de evitar errores médicos no originados por negligencia) en las decisiones clínicas. Como sugieren Sayd & Moreira (2000), su mayor contribución, sin embargo, corresponde más al ámbito de la ética médica, en el registro deontológico. Más específicamente, sobre todo permitiría ampliar los márgenes al demarcar parámetros para establecer la mala práctica clínica.

En cierto sentido, las referidas autoras indican habermasianamente, aunque de modo sintético, los posibles “problemas de mediación que alcanzan el nivel de las prácticas cotidianas” (Sayd & Moreira, 2000, p. 34), en virtud de las antinomias de la ciencia moderna; por ejemplo: nuevos X viejos paradigmas. Nótese que nuestra idea en este texto es enfatizar que la idea de *nuevo paradigma* habría pasado a cumplir también una función de carácter mercadológico, como mote para la difusión (y venta) de modalidades de competencia especializada y de sus productos/tecnologías.

Por lo tanto, el Dr. Sackett no debería sorprenderse tanto por la eclosión de la *sackettización*. Claro que este *fenómeno* indica que los libros pueden ser espuriamente vinculados a la MBE para ser, eventualmente, más vendidos. Pero, si fuese ese el caso, ¿cómo establecer el *control de calidad* entre las muchas obras sobre la temática, especialmente si tenemos en cuenta que se trata de un movimiento con preocupaciones por la enseñanza, o sea, por la creación de discípulos, seguidores y replicadores? Tornando la libertad de llevar la cuestión hasta el absurdo, podemos hasta imaginar la

posibilidad de emergencia de sociedades de MBE, que pasarían a realizar exámenes de competencia en el área para asegurar un *sello* de competencia y de autenticidad a sus componentes, de tal suerte que sus producciones académicas no sean indebidamente sackettizables... Sin embargo, curiosamente, la sackettización parece constituirse en un paradójico indicador del éxito (incontrolado) de la difusión de la MBE.

Tal vez más paradójico aun sea el hecho de que uno de los elementos cruciales de las proposiciones de la MBE está en la orientación dada a los médicos de que, para tomar las mejores decisiones clínicas posibles, busquen las evidencias en las fuentes disponibles de información. Nótese que esta es una de las formas de configurar una forma de *expertise*. Aun así, la MBE se constituye como una práctica instituyente de *expertise* aunque, eventualmente, especificada y focal.

Otra posible dimensión de la sackettización podría ser localizada en la proliferación de propuestas *basadas en evidencias*. Aun asumiendo que la epidemiología siempre actuó como fuente de evidencias para la salud pública, así y todo, se propugna una “salud pública basada en evidencias” (Muir Gray, 1997). O, entonces, “procesos decisorios para programas de salud comunitaria basados en evidencias” (Jackson *et al.*, 1998), donde las decisiones sean, entre otros puntos:

...informadas por las mejores evidencias disponibles sobre el comportamiento individual, características de la población y estrategias para promover la salud [...]. Además, acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades tomadas en contextos comunitarios pueden mostrarse más costoefectivas que tomar acciones terapéuticas posteriores en contextos clínicos. (Jackson *et al.*, 1998)

No obstante, se anuncia que uno de los desafíos mayores de tal enfoque en el campo de la salud colectiva aparece, justamente, en el ámbito de la *promoción de la salud basada en evidencias*, donde:

...medir y evaluar las respectivas variables dependientes e independientes es mucho más difícil que en los dominios de la prevención de la enfermedad [...] e implementar medidas de PS es también más complejo y menos factible. (Jenicek, 1997, p. 190-191)

Las dificultades de lidiar con las cuestiones de la salud pública basada en evidencias son abordadas por Victora *et al.* (2004) quienes, a pesar de sostener el discurso de las evidencias, señalan que los ensayos clínicos aleatorizados no serían suficientes, *per se*, para apoyar evaluaciones de las intervenciones en salud pública ante la cantidad de dimensiones involucradas. Una intervención que funciona bien en un determinado contexto, puede no ser efectiva en otro contexto. Para tener claridad respecto de la efectividad de las intervenciones, en términos de sus correspondientes impactos en sus diversos niveles, es necesaria la combinación de evidencias de diferentes tipos. Para ello elaboran la idea de que existan otras categorías de evidencias, basadas en las nociones de:

- 1) plausibilidad: cuyas evaluaciones procuran establecer el impacto y descartar explicaciones alternativas, por la inclusión de un grupo de comparación y controlando variables de confusión; 2) adecuación: que evalúa las tendencias temporales, antes y después de la intervención. (Victora *et al.*, 2004)

En cierta forma, aun con la apología del desarrollo de nuevos diseños que incorporen *plausibilidad* y *adecuación*, la dirección propuesta parece buscar la recuperación de los diseños de estudios consagrados por la investigación en salud pública para la toma de decisión, antes de ser considerados, en general, como productores de evidencias de categoría inferior a aquellas generadas por los ensayos clínicos aleatorizados. Aparentemente, no es absurdo considerar que cada ítem justifica, respectivamente, la pertinencia de evidencias oriundas de estudios observacionales y cuasiexperimentales, debidamente conducidos en situaciones especificadas, sobre todo cuando los ensayos clínicos aleatorizados presenten limitaciones técnicas, inconveniencias éticas o cuando las cuestiones abordadas sean muy complejas o relativamente simples.

Expert en MBE

En general, el término *expert* se refiere al individuo que posee reconocidas habilidades y/o conocimientos específicos sobre determinado campo de actividad/saber. Estas prerrogativas le atribuirían *autoridad* para tomar decisiones, actuar, en fin, abordar aspectos pertenecientes al área de su supuesta *competencia*. Evitamos emplear la designación de diccionario *experto* por su obvia y contaminante homofonía.

Las diferencias entre las nociones *autoridad*, *competencia*, *expertise*, *pericia*, no siempre son claras. No corresponde profundizarlas en este espacio. Aquí consideramos que la noción de *expert* debería suponer el hecho de que tal autoridad sea sólida, en virtud de un entrenamiento apropiado, de una aptitud y/o experiencia adquirida a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la noción de *expertise* subyace en las supuestas condiciones técnicas para actuar en el correspondiente ramo de actividad.

Es importante caracterizar *qué* se pretende designar al tratarse de *expertise*. Dos criterios básicos deben ser considerados dentro del ámbito de competencia:

- 1) capacidad para fundamentar en forma consistente una franja de proposiciones en un dominio específico (*expertise* propiamente dicha); ejemplo: *expert* en técnicas estadísticas de muestras.
- 2) aptitud para desempeñar una determinada habilidad (*pericia*); ejemplo: *perito* en programación de redes computacionales.

Así, *expertise* señalaría tanto la capacidad de enunciar proposiciones en forma idónea/competente (sentido 1), como de evidenciar habilidades para el desempeño de tareas específicas (sentido 2) (Weinstein, 1993). Es importante enfatizar que ambas

dimensiones presentan áreas de superposición: por ejemplo, las actividades de un cirujano bucomaxilofacial pueden satisfacer ambos criterios.

Otro modo de aproximarnos a estas distinciones es el propuesto por Polanyi (1958). Para él, hay un “conocimiento declarativo” (*declarative knowledge*), que se basa en principios expresos que orientan el entrenamiento del científico y el “conocimiento procedimental” (*procedural knowledge*), que se basa en la acción, en la práctica. Parece quedar claro que se trata siempre de la capacidad de alcanzar los mejores resultados posibles (en suma, ideas instrumentales, relativas a la eficacia y resolutivez) frente a problemas y situaciones que estén bajo el foco de atención de los científicos y que permitan, de algún modo, la producción de objetos técnicos y la eventual transformación de estos en mercaderías.

Independientemente del sentido empleado, sin embargo, la *expertise* viene acompañada de expectativas de *autoridad*. O sea, el *expert* poseería un estatuto legítimamente alcanzado (y aceptado), a partir del cual estaría *autorizado* para producir pareceres que deben ser tenidos en cuenta en los procesos de decisión, especialmente en casos donde la incerteza se acumula. Pero, como sugirió con pertinencia Sackett, no siempre la posición de un *expert* es garantía de certezas. Hay efectos colaterales posibles; puede ocurrir una cierta inversión de *ruta*. Esto es, si algo fue pronunciado/realizado por un *expert*, debe estar más próximo de la *verdad* y/o de la mayor resolutivez. Y aquí Sackett, visiblemente, necesita creer —en su lugar de investigador y académico— que en la ciencia hay *verdades* últimas a alcanzar y que esto debería ser preservado. En este sentido, está alerta al hecho de que los *experts* pueden arrogarse una autoridad que no puede aseverar la ausencia de errores no intencionales ni —menos sustentable en términos éticos— del uso del prestigio para obtener ventajas personales.

Robert Merton (1968) denomina *Matthew Effect* al hecho de que cuanto más se desarrolla una escuela, cuantos más adeptos gana, mayor es su potencial de crecimiento a través de citas/premios recíprocos. Y esto, a nuestro entender, debe haber desencantado a un honesto Dr. Sackett, frente no solo al título honorífico, sino a la hedionda criatura codiciosa —“Mr. Sacketeer²”— que hacía propaganda engañosa, al pretender vender más libros como pertenecientes a la vertiente MBE, capaz de producir *bestsellers* biomédicos.

Además, debemos rodearnos de cuidados especiales en relación con expectativas irrealistas, al buscar en los *experts* (asumidos como tales o no) una seguridad imposible de ser obtenida en las difíciles decisiones que nos rodean en la contemporaneidad sociotécnica. Muchas veces, los juicios y las acciones involucran costos y beneficios, pérdidas y ganancias, pasibles de ser percibidos de modo confuso y desordenado.

Este panorama se manifiesta con vigor en el terreno biomédico. Las decisiones clínicas son usualmente inestables (Mendes-Ribeiro, 1999), están afectadas

²*Sacketeer* es un juego de palabras en el cual nos tomamos la libertad de fundir el nombre del renombrado profesor con la expresión informal *racketeer*, que en el idioma inglés posee una acepción relativa a “engañador”, aquel que practica *racket*: esquema deshonesto (Webster’s Dictionary, 1994); en nuestro caso, aquel capaz de cometer *sackettisation*.

por incertezas de variado tenor. Los casos pueden presentarse fuera de la tipicidad nosográfica esperada, conforme la casuística y los libros de texto. Hay problemas derivados de aspectos relativos a las singularidades y complejidades de los procesos biológicos humanos. Puede haber interferencias incontrolables, originarias de dimensiones consideradas subjetivas (tanto en el sentido de *pérdida de objetividad* por parte del médico, como de las manifestaciones de la subjetividad —el llamado *lado emocional*— del paciente). Hay, aun, incertezas provenientes de la insuficiencia de los conocimientos existentes y de la disponibilidad de objetos técnicos para intervención. Como dice Dantas (1999): “[el] conocimiento científico, derivado de la aplicación de un método o camino racionalmente escogido, es contingente y falible. No existen verdades últimas en la ciencia médica...”. En este caso, como fue mencionado anteriormente, correspondería explicitar: en la faceta científica de la medicina. Y, vale agregar, tampoco creemos que existan *verdades últimas* en ningún emprendimiento puesto en marcha bajo la égida de la ciencia.

Giddens y los sistemas *expert* - Bauman y la competencia especializada

El sociólogo inglés Anthony Giddens produjo importantes contribuciones para la búsqueda de entendimiento de los confusos tiempos actuales. Uno de sus constructos es el llamado “mecanismo de desanclaje”. Es decir, el “desplazamiento de las relaciones sociales de los contextos locales de interacción y su reestructuración a través de extensiones indefinidas de tiempo-espacio” (Giddens, 1991, p. 29). El desanclaje libraría al individuo de los poderes de las tradiciones y valores de la comunidad donde está situado, en el proceso de constitución de su identidad. De ese modo, le daría libertad para elegir el tipo de vida que desea vivir, estando sometido solamente a las normas legales del Estado.

Uno de los ejemplos provistos por Giddens (1991), consiste en lo que denomina “fichas simbólicas”. O sea, la inmaterialidad del dinero que se virtualiza en función de los procesos socioeconómicos de globalización del capitalismo monopolista. Es posible acceder a Internet y adquirir bienes y servicios en cualquier parte del planeta en cualquier momento, independientemente de la moneda local, sea con tarjetas de crédito, sea con el *dinero internético*.

El otro ejemplo es más pertinente a nuestra discusión: los sistemas *expert*³, “sistemas de excelencia técnica o competencia profesional que organizan grandes áreas de los ambientes material y social en que vivimos hoy” (Giddens, 1991, p. 35).

En el campo de la salud pública y de la prevención, la difusión de las nociones de factores de riesgo por *experts*, intermediadas por el llamado *periodismo científico* en los medios de comunicación de masas, hace que surjan *pacientes preventivistas*, cuyas

³El traductor del libro al portugués prefirió usar *sistemas peritos* para *expert systems* del original. Sin embargo, por razones ya expuestas en el apartado anterior (*Expert* en MBE), optamos por mantener la expresión *expert*.

acciones de salud no están necesariamente fundadas en indicaciones locales de sus respectivos médicos. Son perceptibles las repercusiones en el consumo, a veces indiscriminado, de medidas supuestamente protectoras como, por ejemplo, la automedicación de suplementos vitamínicos.

Basándose en estas acciones, los legos necesitan legitimar el conocimiento *expert*, algo que el lego no puede corroborar por sí mismo (*¿inexperts?*). Para ello, es necesario tener fe en tales sistemas. Fe que asume la forma de *confianza*. Sin embargo, hay un elemento instrumental en la sustentación de esta fe. Son necesarias experiencias previas que aseguren que tales sistemas funcionen conforme lo que se espera de ellos. En este caso, el sello de la ciencia aparecería como *sello de garantía* de confiabilidad de los sistemas *expert*. Basta observar la frecuencia con que se pregona la *comprobación científica* de sustancias e intervenciones de eficacia dudosa (como aquellas que apuntan a la “reducción de la celulitis”), vendidos por los canales de televentas, sin cualquier pudor de orden moral.

Otro importante pensador de la contemporaneidad es Zygmunt Bauman, polaco radicado en Inglaterra, que en la obra *Modernidad y ambivalencia* (1995) señala el hecho de que la necesidad de ser racional se origina en la inmensa ambigüedad y en la tendencia al desorden del mundo actual. Existe una plétora de informaciones contradictorias, que señalan hacia sentidos antagónicos. Más aún, las muchas necesidades que emanan en estos tiempos parece que solo pueden ser satisfechas mediante considerables riesgos de pérdidas. O, aun, la insatisfacción de otras necesidades. El exceso de posibilidades, incertezas y ansiedades caracteriza a nuestro tiempo.

La racionalidad genera competencia especializada que, a su vez, crea y estimula la necesidad de sí misma. Proliferan *experts* y especialistas con la función de orientarnos ante las manifestaciones de la ambivalencia (incerteza) de los tiempos actuales. Habitamos sociedades donde la *acción mediada* se extiende y satura diversas dimensiones de la vida cotidiana. Y, además, aspectos de orden existencial también pasan a ser mediados por objetos técnicos y servicios especializados. Empero, en medio de las tentativas para resolver problemas de esta forma, surgen nuevos problemas.

Existe un proceso vigoroso de medicalización de la vida social, un afán de resolución de problemas, donde se producen artefactos e intervenciones de las biotecnociencias, con determinados propósitos instrumentales. Una vez alcanzados (por ejemplo, la creación de antibióticos), terminan siendo absorbidos por, en principio, nuevos propósitos derivados de los descontroles abusivos en el empleo de este tipo de medicamento. O, entonces, frente a las inexorables necesidades derivadas de la finitud de la condición humana, ¿cómo establecer límites éticos a las posibilidades cada vez más presentes de intervención tecnológica, muchas veces invasivas y/o generadoras de efectos indeseables importantes en pacientes en condiciones crónicas extremadamente graves, en los cuales costos y beneficios (en términos de calidad de sobrevida), *a priori*, son extremadamente difíciles de estimar?

Con la ampliación de la longevidad en las poblaciones de determinados grupos sociales, tenemos, simultáneamente, la *obligación* de evitar los efectos, las marcas, del envejecimiento sobre nuestros cuerpos. Surgen entonces nuevos productos, *experts* y peritos en técnicas con esta finalidad. Y también nuevos problemas y efectos

indeseables, derivados de la oferta indiscriminada de intervenciones frente a una demanda que también aumenta.

Siguiendo a Bateson (1973; citado en Bauman, 1995), la “medicina acaba siendo una ciencia (sic) total, cuya estructura es esencialmente la de una bolsa de trucos”. Algunos trucos son extremadamente valiosos y efectivos, al librar a las personas de problemas reales. Pero, como dijimos antes, existe la creación de nuevos problemas, y para combatirlos se hacen necesarios nuevas *expertises* y objetos técnicos, en una recursividad aparentemente ilimitada.

Según Bauman (1995), conocimiento y *know how* acumulados demandan, inseparablemente, aplicación. Ellos rehacen la cartografía de la condición humana como objeto de sus prácticas *nuevas y mejoradas*. La efectividad de la competencia especializada se mide por su capacidad de definir con *más precisión* las tareas que tienen ante sí (es decir, de circunscribirlas de modo más estricto). Esto es perceptible en la efectividad con que la MBE recorta y reordena etapas y niveles múltiples de la práctica clínica.

Además, el mercado media el acceso de la competencia especializada a los mundos habitados por los clientes (y viceversa). Como fue indicado anteriormente, las fuerzas del mercado se encargan de la transformación final: las creaciones tecnológicas asumen el formato de mercaderías. Inevitablemente, también la competencia especializada se torna un bien sujeto a las leyes de oferta y demanda. Un ejemplo: la existencia de conferencistas profesionales que venden (caro) presentaciones de supuestas *expertises*, especialmente sobre temas relativos a la gestión empresarial, motivación en el trabajo y creación de liderazgo en el mundo de los negocios (Poles, 2000).

Aun con innegables pertinencias, la MBE no consigue escapar de constituirse también como los productos y mercaderías cuya utilidad/valor les es atribuida (incluyen *experts* que venden conferencias, cursos y publicaciones sobre el tema pasibles de ser adquiridas por el público interesado, etcétera y que pasan también por estrategias persuasivas de *marketing*, donde la sacketización, a despecho de la voluntad del Dr. Sackett, se constituye en una entre muchas). En este caso, debe ser construida con éxito una conexión entre el producto y una necesidad. De modo bastante sintético, en el caso de la medicina: la tentativa de disminución de la magnitud de incerteza en las decisiones clínicas.

Como indica Bauman (1995) —sin referirse a la MBE— la orientación proveniente del conocimiento especializado y sus productos permiten a sus poseedores atender a la necesidad crucial de *racionalidad*. La suposición de una supremacía monopolista de atribuir sentido y de evaluar los modos de vivir a partir de esta perspectiva constituye la esencia del orden social contemporáneo occidental. Además, los científicos se instituyen en grupos investidos de la función de producir categorías y taxonomías. Erigen defensas contra lo que es atípico, inesperado. Es necesario considerar las dificultades para escapar al poder de los científicos de prescribir y declarar lo que es permitido/prohibido; adecuado/inadecuado; aprobado/desaprobado. El llamado público lego es convocado a asumir posturas racionales a partir de veredictos científicos especializados.

Comentarios finales

A partir del momento en que la medicina adquiere un estatuto de *ciencia* (siglos XVIII/XIX), sus agentes pasan a considerar cada vez más la posibilidad de alcanzar *verdades soberanas* que apartarían progresivamente al hombre del sufrimiento, de la ignorancia, de la muerte precoz y de la incerteza. En este itinerario accidentado, la biomedicina ha considerado a la enfermedad (bajo un punto de vista ontológico) y sus correlatos —patologías, disfunciones, trastornos, enfermedades, etcétera— como su principal objeto de estudio. Su principal misión es enfrentarla, liberando a la humanidad de estos males, cuando sea posible, o atenuando sus efectos, buscando ampliar la longevidad. Hace más de cien años, el pensador francés Paul Valéry ([1894] 1998) escribió:

...llegamos a representarnos el mundo como si se dejara reducir, aquí y allí, a elementos inteligibles. Unas veces nuestros sentidos bastan para ello, otras veces se emplean los métodos más ingeniosos, pero quedan huecos. Las tentativas dejan lagunas. (Valéry, [1894] 1998, p. 53-55)

En el caso de la clínica médica, existen inevitables descompases (en mayor o menor grado) entre los contenidos científicos disponibles para situaciones similares anteriormente descritas/observadas, y aquel paciente específico que se presenta para su atención. Así, en el desarrollo de la actividad diagnóstico-terapéutica, los médicos desarrollan estrategias que buscan la minimización de las ambivalencias que rodean su *métier*, por ejemplo: la creación de protocolos de decisión (como los estadios oncológicos y las correspondientes conductas) y el empleo de rutinas (los *exámenes de rutina*).

La MBE consiste, en síntesis, en la tentativa de amplificación/creación de *expertise* médica (principalmente en el sentido I), sobre todo con el fin de disminuir las incertezas en el proceso clínico (diagnóstico/terapéutico/pronóstico), a través de la consulta continua de informaciones producidas (y validadas) en investigaciones de epidemiología clínica. Aun así, frente a las complejidades (y perplejidades) de la condición humana, las incertezas insisten en rondar los procesos clínicos.

En fin, la intención de este texto es enfatizar que, paralelamente al movimiento de progresión en las tentativas de traer inteligibilidad a nuestros objetos de estudio, es necesario tener en cuenta la posibilidad de que existan dimensiones inalcanzables en este movimiento racionalista, propio del pensamiento contemporáneo occidental. Si es necesario tornar precisos nuestros objetos de estudio para que el dispositivo racionalista opere, ¿cómo hacer cuando no conseguimos obtener por lo menos alguna claridad/precisión en la discriminación de todos estos ítems?

Asimismo, ¿cómo saber cuándo, en nuestro afán por delimitar objetos, no producimos objetos-modelos, sino que creamos objetos-artefactos y los reificamos/fetichizamos? Difícil decirlo, admitimos. Sin embargo, aun asumiendo que nos resta proseguir en la aventura del conocimiento, nos parece que cabe desconfiar, con bastante liviandad y cuidado, de cuánto nos sirve de hecho, en términos de avances en

los saberes y en las prácticas en salud, nuestro ímpetu por seguir adelante... Creemos que hay momentos en que se deben hacer breves y suaves *intervalos de desconfianza*, para intentar obtener alguna idea de los efectos/resultados de nuestros irrefrenables impulsos por conocer y producir objetos.

En nuestra opinión, los mayores obstáculos no se refieren a las dificultades provenientes del hecho de no disponer de evidencias seguras sobre determinadas cuestiones, o, aun cuando están disponibles, de que no haya certeza sobre cuáles serían las mejores elecciones. O, además, de problemas al operar con variables (in)determinadas o de las limitaciones en la implementación de medidas de promoción de la salud. Las preocupaciones centrales deberían, en la medida de lo posible, tomar la salud como una macrocategoría proteiforme. Pues admite, según los contextos, múltiples definiciones, con distintas repercusiones y derivaciones.

Especialmente en el ámbito humano, a pesar de las dificultades para definirla, ciertamente *salud* es distinta de *enfermedad*, pero también es diferente de *vida*. La salud sería un prerrequisito para el *vivir*, que incluye el placer, el dolor, la invención, la creatividad, los arrebatamientos. Y desafortunadamente, *vivir* no es pasible de ser basado en evidencias.

Por otra parte, Latour (1998) enfatiza el apabullante desarrollo científico del siglo pasado y la forma en que el entendimiento de este avance cambió drásticamente. Para él, se habría producido una transición de la cultura de la *ciencia* hacia la cultura de la *investigación*. Esquemáticamente, la idea es que la *ciencia* era una forma (iluminista) de permitir que individuos, entrenados en técnicas de estudio y experimentación, pudiesen evitar fuentes de desvío oriundas de las ideologías, pasiones, emociones (ámbito de la subjetividad), para aproximarse de modo *objetivo* a las verdades, con el propósito de hacer avanzar el conocimiento sobre el mundo, resolver problemas y minimizar las fragilidades humanas.

La investigación sería algo productor de controversias, que implica riesgos, realizada por individuos entrenados, pero que también se preocupan por sus carreras, por la visibilidad/divulgación de los resultados de sus estudios. Además, lidian con intrincadas relaciones con fuentes de financiamiento y con influencias de poderosas empresas productoras de tecnologías. En suma, la investigación muestra que *ciencia* y *sociedad* no pueden ser separadas. La actividad científica actual no se instituye más en una sociedad caótica para organizar, traer orden y hasta dirimir controversias. Eventualmente, ella misma puede introducir más ruido en ese contexto.

Un ejemplo: las conclusiones de investigadores acerca de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) fueron significativamente más favorables en la dirección de la intervención experimental cuando las investigaciones fueron financiadas solamente por organizaciones con fines lucrativos. En este estudio de ensayos clínicos, publicados en el BMJ en el período de enero de 1997 a junio de 2001, las conclusiones de los autores fueron evaluadas en una escala y comparadas con intereses competidores de orden financiero, personal, académico o político. Tal asociación ocurriría porque las referidas organizaciones, de modo hábil o fortuito, financiarían solamente aquellos ensayos en los cuales la intervención fuese mejor que el control. Aun así, podría haber un sesgo de publicación.

La asociación entre intereses financieros competidores y las conclusiones de los autores no fue explicada por su calidad metodológica, poder estadístico, tipo de intervención experimental (farmacológica o no), tipo de control de la intervención (placebo o droga activa) o especialidad médica (Kjaergard & Als-Nielsen, 2002). Estos hallazgos afectan la solidez objetivante de los estudios que buscan evidencias para reducir incertezas en casos que requieran decisiones de tipo *¿intervención o no?* Los adeptos a la MBE, ¿tendrán que conocer las fuentes de financiamiento de ECA y si ello produce efectos en las conclusiones? ¿Cómo ponderar estos aspectos en los metaanálisis? Estas preguntas pertenecen al ámbito de las difíciles cuestiones sin garantía de respuestas ciertas, que involucran aspectos de innovación en el ambiente biotecnocientífico prevaleciente. Nosotros, profesionales de la salud, frente a propuestas innovadoras, entre las cuales la MBE actúa como emblema, no podemos descuidar el hecho de que en las relaciones ciencia/sociedad proliferan situaciones del tipo *separar la paja del trigo*. Peor, a veces, ni una ni otro son claramente discernibles. En fin, por más que las buenas intenciones inspiren a nuestra actuación, como se dice popularmente *existe* un lugar incómodo repleto de ellas.



Capítulo 5

Bioinseguridad, ética y comunicación en salud colectiva¹

El refugio bioatómico

Al final de 2011, estalló una guerra biorradiativa en EEUU con desdoblamiento hacia otras partes del mundo. La guerra fue resultado de la acción coordinada por una poderosa organización terrorista, constituida por especialistas en diversos campos de la biotecnología. Monarquistas fanáticos, que se autodenominaron movimiento de liberación del mundo libre o, simplemente, *2ml*. El grupo presenta una doctrina ideológico-filosófica confusa, llamada *postneoplatonismo radical*. En síntesis, postulan, a través de una serie de argumentos descabellados, que el bien común solo será alcanzado después de que las naciones tengan emperadores con sólida formación, experiencia y publicaciones en revistas reputadas en el campo de las ciencias naturales (ya hubo casos de gobernantes con currículos imponentes en ciencias sociales, pero los resultados fueron desalentadores).

La organización se articula en una red multicéntrica con alta capacitación biotécnica, informática y comunicacional, aliada a abultadas fuentes de recursos de origen misterioso. Tras años de investigación en camuflados laboratorios de biotecnología, el *2ml* produjo artefactos y armas biológicas sofisticadas para alcanzar sus objetivos preferenciales: grandes conglomerados financieros y corporaciones industriales del mundo capitalista. Construyeron micro-misiles manejados a control remoto capaces de dispersar ampliamente en las nubes una bacteria cuyo hábitat original se localiza en el agua allí existente. (Revista Isto É, 2002) Ella fue bautizada como *Radiativella extremophila* al ser modificada por técnicas de ADN recombinante y por bombardeos radiactivos que le produjeron una mortífera propiedad. A pesar de tener vida relativamente efímera al aire libre, y de necesitar condiciones muy específicas para reproducirse, la bacteria posee la capacidad de emanar mucha radiactividad. O sea, las lluvias de nubes contaminadas son altamente radiactivas. De ese

¹ Versiones anteriores de este texto, en portugués, fueron publicadas en Castiel (2003a) y Castiel (2003b).

modo, a través de cuidadosos seguimientos meteorológicos, el *2ml* puede prever lugares que tendrán condiciones propicias de tiempo para crear *bombas* de agua radiactiva.

En marzo de 2012 fue realizada una evaluación de los destrozos y pérdidas provocadas por la hecatombe. En síntesis, el cuadro es trágico. Hay un nivel global de radiactividad de alta magnitud, de modo que solamente aquellos que pudieron acceder y vivir en refugios bioatómicos tienen una expectativa razonable de supervivencia y de mantenimiento de la salud. Con relación a los otros, las perspectivas no son nada auspiciosas: hay altas prevalencias, bien establecidas en términos epidemiológicos, respecto de la ocurrencia de gravísimas lesiones provocadas por la radiación, ocurrencia de formas letales de cáncer y de terribles deformaciones congénitas originadas por la exposición.

Los refugios, en general, tienen la forma de ciudades subterráneas con capacidad para acoger con confort (gimnasios para deportes, piletas, canchas de tenis) a cerca de 10.000 personas. Poseen autonomía y modos de gestión decididos luego de procesos de obtención de consensos por vías consideradas democráticas. Importante: existen sistemas rigurosos de seguridad que permiten seleccionar a aquellos que podrán entrar y a los que deben continuar del lado de afuera. Como hay previsiones de retornar a la superficie en alrededor de ocho años, pues hay noticias de que gran parte del *2ml* fue desbaratado y aparentemente puesto fuera de combate por las fuerzas aliadas, la radiación deberá ceder.

En uno de los refugios, llamado San Salvo del Buen Retiro, surgieron serias discusiones y controversias acerca de la viabilidad de permitir o no la inclusión de algunos de los muchos que quedarían desprotegidos arriba. Si fuera un sí, cuál sería este número, dado que el refugio podría recibir a 10.000 más (con pérdida de lujo y confort) hasta que fuese posible retornar a la superficie. Hay dos grupos que sostienen posiciones incluyentes, con variación en las cantidades posibles de entrada en el *condominio*: a) de 10.000; b) de 500. Y un grupo pequeño, pero poderoso, excluyente, que no quiere abrir mano de su confort y placeres por los cuales pagaron, para construir campos de refugios en sus canchas de tenis y gimnasios. En las discusiones, los argumentos de los incluyentes *radicales* se ubican en términos de orden humanitario. Para los incluyentes blandos, está la preocupación por no mostrar insensibilidad respecto de los de afuera, pero de forma que no perjudique la calidad de vida y beneficios disponibles. Los excluyentes esgrimen argumentos criticando la falta de previsión y de recursos de los externos para garantizar la correspondiente incorporación desde el inicio y los riesgos de aumento de tensiones sociales con la entrada y sobrecarga en los servicios de salud, educación, bienestar. (Singer, 1994)

Esta viñeta de apertura fue adaptada y ubicada en un tiempo futuro a partir de la introducción ficticia de una guerra nuclear desencadenada en Medio Oriente al final de 2001 en el capítulo intitulado “Los de adentro y los de afuera”, del libro *Ética práctica* de Peter Singer —conceptuado y polémico bioeticista— cuya segunda edición fue publicada en idioma inglés en 1993. El texto sirve para introducir el abordaje moral del problema de los refugiados y su posibilidad de entrada y permanencia en las naciones económicamente fuertes.

La inseguridad de los de adentro y de los de afuera

El argumento anterior es extremadamente útil para —a partir de otro punto de vista cronológico— enfocar aspectos de la *bioinseguridad* de nuestra actualidad. Es importante subrayar que, al utilizar este término, estamos aquí extendiendo bastante el alcance del campo reconocido como pertinente a la bioseguridad, usualmente referido a contextos bien delimitados y sus correspondientes riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, de accidentes, etcétera (Mattos & Queiroz, 1996). La propia idea de bioseguridad se amplifica en el momento en que se discute la seguridad de la utilización generalizada de vegetales tratados genéticamente, la amenaza de bioterrorismo a gran escala, la necesidad de la difusión y adopción de medidas protectoras para contener epidemias de enfermedades infecciosas (como el dengue), el riesgo de ocurrencias derivadas de la profunda violencia, por regla general, vinculada al narcotráfico (pero no solo) en los centros urbanos, la difusión no controlada en términos de calidad y cantidad de portales de información de salud dirigidos a usuarios de Internet, etcétera.

Retomando el texto original de Singer, en primer lugar, no hay cómo dejar de advertir la coincidencia de fechas del evento terrorista del 11 de septiembre de 2001 ni las peligrosas implicancias del conflicto palestino-israelí en Medio Oriente. Otros episodios terroristas de horror puro continúan ocurriendo, como el sucedido en Madrid en marzo de 2004, así como prosigue en escaramuzas guerrilleras el conflicto entre la alianza sunita y chiíta y los ejércitos aliados en Irak en 2004.

Afortunadamente, ningún evento nuclear o bacteriológico se ha producido, por lo menos hasta el momento en que este texto se está redactando (y, ojalá, tampoco después). Sin embargo, es innegable que vivimos en un momento excepcional de exacerbación de cuestiones de seguridad, que se reflejan en la ampliación de los sistemas de control y vigilancia y de restricción de libertades individuales. Salvadas las diferencias, se plantea con mayor énfasis la cuestión de la entrada de extranjeros/extraños en los países representantes del capitalismo avanzado, los cuales también pueden asumir la forma de refugiados de los lugares de conflagración bélica en dirección a otros países.

Al mismo tiempo, vale también destacar el crecimiento de los partidos de extrema derecha en los países de Europa Occidental en el inicio de este milenio. Las respectivas plataformas políticas se basan en posiciones nacionalistas racistas,

excluyentes de *forasteros*, en general oriundos de países colonizados por naciones pertenecientes al llamado capitalismo avanzado.

Además, en términos del llamado libre comercio internacional, es cada vez mayor la postura proteccionista exacerbada y —en varios aspectos— lesiva, practicada por las naciones económicamente más fuertes. Si seguimos la parodia-parábola inicial, parece que ni los que quedan *afuera* tienen permiso para minimizar sus precariedades si algunas de las posiciones comerciales de las formaciones económicas consideradas centrales se ven bajo riesgo de pérdida de alguna condición favorable.

La idea de inseguridad en la actualidad aparece en la obra de varios teóricos sociales. Bauman (2000) analiza aspectos relacionados con las nuevas características del universo del mundo del trabajo, en el ámbito de lo que llama “modernidad líquida”. Más específicamente, resalta la correspondiente tenuidad de los vínculos humanos en este contexto. El sociólogo polaco señala que uno de los rasgos característicos de las condiciones de vida contemporánea —refiriéndose especialmente a las regiones más prósperas y tecnológicamente avanzadas del mundo— ha sido designado, tentativamente, de varias formas: precariedad, inestabilidad, vulnerabilidad.

El fenómeno que todos esos conceptos intentan captar y articular es la experiencia combinada de la *falta de garantías* (de posición, títulos y supervivencia), de la *incerteza* (respecto de su continuación y estabilidad futura) y de *inseguridad* (del cuerpo, del yo y de sus extensiones: posesiones, vecindad, comunidad). (Bauman, 2000, p. 184) (Cursivas añadidas)

Giddens (1991), a su vez, desarrolla la noción de “seguridad ontológica”, junto con la de “confianza”, para referirse a la creencia enraizada en términos emocionales de la mayoría de la humanidad en la estabilidad de su autoidentidad (o noción de sí mismos) y la de los contextos en que viven.

Una sensación fidedigna respecto de personas y cosas, central en la noción de confianza, es básica en los sentimientos de seguridad ontológica; de allí que los dos estén relacionados psicológicamente. (Giddens, 1991, p. 95)

Es necesario que existan algunos caminos básicos ya marcados y establecidos, de modo que no demanden más esfuerzos de conocimiento y adaptación (claro que no deben asumir un papel predominantemente conservador a punto de obstaculizar cambios).

Las circunstancias actuales se caracterizan por una velocidad vertiginosa de alteraciones socioculturales. Son perceptibles los efectos de las acentuadas modificaciones de las nociones de tiempo y espacio sobre las personas, sumadas a la exaltación del consumismo y del individualismo. Cada vez más, los objetos ofrecidos al consumo pasan a actuar como precarias matrices de identidad, pues la plétora de ofertas aumenta los riesgos de desorden, despedazamiento y extrañamiento. En suma, las fuentes instauradoras de solidez en las identidades se debilitaron de modo significativo. Con ello, la seguridad ontológica se está volatilizándose visiblemente.

Existe una proliferación de contradicciones de difícil encaminamiento. Una de ellas es el hecho de que la propia construcción de la identidad se ha convertido en una tarea a ser rehecha permanentemente de un modo ambivalente. Al mismo tiempo, deben ser suficientemente consistentes para constituirse y ser consideradas como poseedoras de alguna forma y simultáneamente plásticas, de manera que no comprometa la movilidad en situaciones rápidamente cambiantes y transitorias a corto plazo (Bauman, 2000).

Si este diagnóstico se aplica a dimensiones del mundo capitalista avanzado, ¿qué decir de los contextos de los llamados países periféricos? Como reacción a las propuestas de carácter excluyente no siempre explícitas del capitalismo avanzado (y, ciertamente, de sus consecuencias en términos de flexibilización identitaria), se amplifican —no solo en países empobrecidos— sentimientos y fanatismos, de cuño religioso o no, de carácter radical. Estos tienden a excederse en sus propuestas de refuerzo y resignificación identitaria y tienen atroces repercusiones en términos de sufrimiento y pérdidas absurdas de vidas humanas como las que incessantemente presenciamos a través de los medios de comunicación. En este marco, se acentúan enormemente desesperantes síntomas de bioinseguridad.

En el contexto brasileño, aunque no se verifiquen movimientos fundamentalistas, es de público conocimiento la omnipresencia de la extrema violencia en ciudades grandes y medianas. En ellas, las poblaciones —ya no más necesariamente de altos ingresos— intentan, asustadas, protegerse mediante los planes y equipamientos de seguridad particular que estén a su alcance. Sea en barrios *cerrados* o en autos blindados, sea intentando evitar situaciones o lugares considerados peligrosos. Para ello, las personas construyen mapas imaginarios de riesgo urbano, donde determinadas regiones, zonas de barrios, calles y horarios, son señaladas como amenazadoras. Aun así, siempre está presente la posibilidad de la *entrada de personas extrañas* en las áreas supuestamente protegidas, pasibles de alcanzar la integridad física y pecuniaria de los que intentan temerosamente vivir en contextos de profunda desigualdad social y criminalidad.

También resurgieron epidemias de enfermedades infecciosas, como el terrible caso del dengue en el verano de 2002, especialmente en el estado de Río de Janeiro. En un clima de ansiedad, las personas constantemente procuraban protegerse de las picaduras de mosquitos transmisores, utilizando estrategias repelentes. Al mismo tiempo, se realizaban campañas masivas de educación en salud, con vistas a un control (no garantizado en términos prospectivos) de la proliferación del *Aedes aegypti*.

La bioinseguridad puede aun manifestarse debido a otras razones. Tanto el riesgo de los apagones y sus consecuencias durante la crisis de energía eléctrica de 2001, así como las repercusiones de la situación económica global sobre el *riesgo Brasil* (capacidad del país para honrar sus deudas con los acreedores externos), en términos de reducción de inversiones externas en un modelo totalmente dependiente de capitales extranjeros. En este panorama, pasamos a seguir, por los noticieros televisivos, en regla general, sin entender con claridad, las variaciones de los indicadores financieros diarios, como los índices de la Bolsa de Valores y valores relativos de nuestra

moneda en relación con el dólar. Se sabe apenas que determinadas oscilaciones y tendencias pueden llegar a preanunciar posibles profundizaciones de crisis en el interior de una frágil situación de aparente estabilidad económica. Si los indicadores se tornan inestables (en general, los emisarios periodísticos utilizan la figura retórica “día nervioso en el mercado...”), sea cual sea la explicación expuesta, surgen en el horizonte amenazas de temidas pérdidas de poder adquisitivo de la moneda, aumento de tributación (en un marco de grandes distorsiones tributarias) y crecimiento del desempleo, señales de resurgimiento de la omnipresente sombra del insaciable monstruo inflacionario. Las repercusiones de estas coyunturas sobre los estados de salud de las poblaciones más vulnerables son evidentes.

La retórica de la alquimia y la manipulación biotecnológica

Como dice Beck (1992), se vive en una sociedad globalizada de riesgo: una sociedad catastrófica. Su afirmación se dirige, por un lado, al contexto capitalista avanzado, donde se destacan los riesgos de accidentes (*hazards*) tecnológicos de carácter colectivo, resultantes del proceso de modernización de estas formaciones socioeconómicas. Por otro, señala los riesgos de la pobreza en las sociedades de la escasez en el llamado Tercer Mundo y también en los bolsones de pobreza de los cantones afluentes del inundo industrializado (Beck, 1992). Pareciera existir, colectivamente, una percepción de sobrevuelo de un aura de amenaza sobre todos nosotros, que podría concretarse, de modo particularizado, en cualquier instante. Especialmente si no prevenimos, como mandan los preceptos de la prevención y de la promoción en salud, de las normas de bioseguridad en el trabajo, de las precauciones en las actividades cotidianas, en términos de evitar potenciales situaciones de riesgo de violencia criminal.

Este tema admite, en su modelo limitado de “relato canónico” (Bucchi, 1996), tres puntos de vista, de acuerdo con los agentes involucrados: emisores (científicos, investigadores, profesionales de la salud); transmisores (materias vinculadas al área biomédico-epidemiológica vehiculizadas por los medios de comunicación de masas a través, en general, de las editoras de periodismo científico o de publicaciones específicas de divulgación científica); y receptores (el denominado *público lego*).

Con la divulgación de experimentos de clonación en mamíferos, estas interfaces tuvieron un gran destaque a escala planetaria. Simultáneamente, los medios de comunicación difunden cuestiones relativas a la clonación de modo ostensivo, llegando inclusive a transformar la cuestión en tema central de folletín. A continuación, biólogos moleculares aparecen en los aparatos de televisión para aclarar aspectos anímicos —entre otras cosas—, en el caso de que sean generadas criaturas pertenecientes a la especie humana.

La cuestión es emblemática en relación con los problemas de la actualidad. La virtualidad de la producción artificial de entes biológicos se torna concreta, ante la capacidad de reconstrucción de tales seres a partir de la idea de mejora y corrección de su *materia prima* —el ADN—, según supuestas conveniencias de los humanos.

Como señaló Sfez (1996), junto a las avanzadas e innovadoras concepciones de la biología molecular, coexisten antiguas tradiciones de la alquimia. Los procesos alquímicos se basan en nociones como *conjunción*: propiedad de los principios, elementos, esencias contrarias o separadas de mezclarse: cuerpo y espíritu, aire/tierra/fuego/agua, caliente y frío, húmedo y seco. Para conocer la naturaleza, es necesario aislar y purificar lo que está mezclado, para después reconstituirlos, corrigiendo las imperfecciones. La idea de *materia prima*, aún vigente en la química industrial, tiene las mismas vinculaciones. Consiste en la materia primordial, plenipotenciaria, y por lo tanto virtual, en el sentido de poseer la virtud de concretarse y ser perfeccionada en sus atributos/propiedades/características.

Sin entrar en detalles, es importante señalar que conceptos como *esencia*, *materia prima*, *forma pura* fueron desarrollados por Aristóteles en su teoría hilemórfica, donde nada existe como materia y forma aislada. Lo que sea real es invariablemente compuesto de ambos. Estos no son principios absolutos, sino relativos a una jerarquía, en la cual materias *simples* (agua, aire, tierra, fuego) se organizan de modos variados en términos de complejidad para constituirse en minerales, vegetales, animales.

Conjunción y materia prima orientan a la alquimia en su triple propuesta de: a) obtener el elixir de la vida/piedra filosofal; b) redimir y perfeccionar la naturaleza; e) alcanzar la sabiduría total acerca del universo. El elixir/piedra tendría: 1) la capacidad de retirar las impurezas de los cuerpos vivientes, y alcanzar la esencia, permitiendo la inmortalidad con salud evitando la decadencia; 2) la propiedad de transmutar, tras la depuración de los viles metales (defectuosos, impuros) en el metal noble, puro: el oro.

El perfeccionamiento de la naturaleza deviene de la aplicación de las mismas ideas a escala amplificada. Se busca reunificar, de forma armoniosa, una naturaleza que se manifiesta mediante apariencias contrarias/mezcladas/desordenadas. El conocimiento de todo es obtenido por la operación del espíritu purificado y purificador que busca la integración de todas las cosas separadas en un todo único, ordenado.

Implícitas a estas ideas de purificación del cuerpo que, para esto, necesita despojarse de elementos que lo degeneran, hay nociones alquímicas, arraigadas en el imaginario social, como materia prima, esencia, extracto, supra-sumo, principio activo. A la realidad dada del cuerpo natural, deficiente, se conjuga la realidad construida de un cuerpo artificial, perfeccionado, apto para superar las imperfecciones. Como dice Sfez:

El cuerpo virtual es un *extracto*, el resultado de una serie de operaciones, una realidad más pura que el cuerpo sensible que vemos generalmente. ¿No es este un producto alquímico que sacó de la materia bruta la quintaesencia de su ser? (Sfez, 1996, p. 331)

Una curiosa expresión, merecedora de atención, es *tara*, de origen árabe, en el sentido de lo que se rechaza, es sustraído del pesaje al considerarse el peso de alguna mercadería, en virtud de no hacer parte de ella: recipiente, plato (recurso bastante utilizado en los populares restaurantes por peso). También puede significar *falla*, *falta*

y, por extensión, llegar a *defecto físico o moral*, hasta desembocar en la decadencia plena, con la acepción de *degeneración*, *depravación*, especialmente en la acepción libertina (Ferreira, 1999). En este sentido, la impureza/imperfección se manifiesta bajo la forma de *defecto físico/moral* y, evidentemente, de la *depravación* (*depravar* también significa alterar algo/alguna sustancia —como la sangre— de modo perjudicial) que puede ser transmitido/heredado genéticamente. Si *tarado* es aquel que cometió una falta por razones que escapan a su voluntad, se salvan la moral y las buenas costumbres. Si hay culpa, ella está en los genes (Gaillard, 1996).

Esta perspectiva es exacerbada por el llamado modelo del *determinismo neurogenético*, que acentúa equivocadamente expectativas de identificar genes que afectan conductas desviantes (prácticas sexuales consideradas aberrantes, toxicomanías, desórdenes psiquiátricos, comportamientos compulsivos). Con esto, ocurriría una maxivalorización de los factores biológicos (y respectivas intervenciones farmacológicas) en detrimento de los elementos socioculturales en la génesis de diversos desvíos o malestares de nuestra civilización (Rose, 1997). Sin embargo, esta onda de determinismo aparentemente se detuvo ante el descubrimiento del número mucho menor de genes que se suponía que existían y la imposibilidad de que estos actúen *per se*, para proporcionar de manera suficiente los detalles anatomofisiológicos a la compleja constitución de los seres humanos.

Sin embargo, surge una aparente paradoja en la línea de raciocinio alquímico anteriormente desarrollada. La manipulación tecnobiológica de aquello que es considerado natural puede vehiculizar imperfecciones, inherentes a la falibilidad propia de los humanos. En el interior de esta perspectiva, por ejemplo, fue divulgada la fragilidad biofisiológica de la oveja Dolly y de otros mamíferos en que fue utilizado ADN de células adultas en el interior de los núcleos de los óvulos. Esta concepción parece reverberar en la imagen de los transgénicos, que tendrían retirada la *pureza* naturalmente instituida y la correspondiente noción de conocimiento popular consagrada a lo largo del tiempo de las propiedades de los alimentos ingeridos. A pesar de las periódicas y eventualmente transitorias demonizaciones de ciertos manjares a través de estudios epidemiológicos, que después pueden servir para relativizar afirmaciones anteriores. Debe ser enfatizado, sin embargo, que aún no se llegó a ninguna fórmula pasible de garantizar y validar la inocuidad de esos alimentos.

La comunicación pública de contenidos sobre biotecnología, salud y riesgo

Vale destacar aquí el actual alcance del llamado *periodismo científico*, sus estrategias persuasivas y sus apelaciones populares. Uno de los recientes ejemplos, relevante para nuestro tema, puede verse en la difusión pública de las controversias acerca de la seguridad del consumo de plantas transgénicas.

Hay indicios respecto de que el aspecto más atractivo de la información, para la prensa, sea la promesa de previsibilidad acarreada por una representación positivista de la ciencia. En el caso de las predisposiciones genéticas (que comprenden

genes malos), tenemos ideas implícitas de medición, clasificación y control y, consecuentemente, posibilidad de acciones preventivas contra los *males*, incluso aquellos que surgen bajo la forma de comportamientos desviantes. Se evitan, así, imprecisiones y ambigüedades en las explicaciones de cuño social y/o ambiental.

Al mismo tiempo, los medios de comunicación ejercen una pedagogía al repetir narrativas e imágenes que instituyen juicios y modos de reaccionar frente a dilemas morales generados por la sociedad contemporánea. Los profesionales del periodismo, quieran o no, desempeñan el papel de educadores (Nelkin, 1994; Atlan & Bousquet, 1994). Además, pueden funcionar como factor de influencia para la eventual adopción de medidas *profilácticas*. Si las determinaciones genómicas son inevitables, la sociedad puede no sentirse responsable por la asistencia a los afectados por las *malformaciones* y adoptar medidas eugenistas que reflejen posiciones prejuiciosas, el ahora llamado *especismo* (más allá del racismo y del sexismo).

Es indiscutible el alcance y difusión del llamado *periodismo científico* en los medios masivos de comunicación. Por lo tanto, es necesario estar atento a la relación entre científicos de la salud y la difusión legada de sus hallazgos. Pues no es inadmisibles la generación de discrepancias o conflictos con prejuicios para los propios investigadores y profesionales de salud, y especialmente para el público. Véase, por ejemplo, las *epidemias* de determinadas afecciones en los servicios médicos al día siguiente de su difusión en programas televisivos.

Tales cuestiones vienen tornándose urgentes, a punto de surgir varias publicaciones científicas dedicadas específicamente a esta problemática. Bajo esta óptica es relevante, por ejemplo, estudiar el papel de la retórica en los procesos de comunicación llamada *científica* (Gross, 1994) identificando, por ejemplo, metáforas promocionales y sus efectos (Nelkin, 1994).

Uno de los grandes ejemplos actuales se encuentra en el prolífico uso de metáforas de origen bíblico y renacentista en las narrativas biotécnicas sobre el genoma y sus vicisitudes. A continuación van algunos ejemplos recolectados por Haraway:

El libro de la vida; El desciframiento del código de los códigos; El arca genética; El mapa de nuestro futuro; El santo grail; Un manual de instrucciones para el ser humano; Impresiones digitales en nuestra arcilla; En el principio era el genoma; Genética y teología: ¿una complementariedad?; La iniciativa del genoma: cómo deletrear “humano”. (Haraway, 1997)

Este afán se detuvo, aparentemente, con el descubrimiento del número total de genes y la correspondiente insuficiencia para la construcción de un ser humano en todos sus detalles epigenéticos. Más allá del determinismo genético, está el papel resultante de la interacción con el medio y las respectivas reverberaciones internas.

Aun así, fue lanzado recientemente un libro dirigido a la información genética del público, escrito por una especialista en el tema —Ph.D en Genética Humana Molecular por el Mount Sinai Medical Center (Nueva York)— que explora la idea del secuenciamiento genómico como la posibilidad de “conocer la *receta* que la

naturaleza desarrolló y perfeccionó durante millones de años y que ella sigue para crear una persona” (itálicas nuestras) (Veiga-Pereira, 2001).

Independientemente de las motivaciones, no se puede negar el interés de la población por temas relacionados con la salud. Basta ver el espacio ocupado por el periodismo vinculado a las cuestiones de salud y medicina. La divulgación pública de resultados de investigaciones epidemiológicas viene siendo, sin embargo, objeto de controversias y mutuas imputaciones de responsabilidad entre la respectiva comunidad académica y los medios de comunicación. Los epidemiólogos argumentan que los periodistas enfatizan en exceso hallazgos de estudios específicos, sin dimensionar los aspectos metodológicos ni el contexto de la investigación. Los representantes de la prensa se justifican señalando el afán de espectacularización de algunos investigadores y sus correspondientes instituciones.

Nuestro interés aquí es señalar, asimismo, la importancia de estudiar cómo los periodistas científicos y profesionales de la salud (con énfasis en la idea de riesgo, genético o no) construyen categorías y transmiten informaciones en sus áreas de especialización de modo que, eventualmente, colaboran involuntariamente con desinformaciones, estímulo a posiciones prejuiciosas y, según el caso, la posibilidad de desproporcionadas reacciones alarmistas. En ese sentido, es esencial considerar el contexto sociocultural donde ocurren las relaciones entre la producción de conocimientos genéticos, las formas y procesos de vehiculización y la correspondiente apropiación por distintos grupos humanos (Macintyre, 1995).

Es inevitable, y necesario, lidiar con las desemejanzas de lenguaje derivadas de estas circunstancias. Independientemente de los objetos de los estudios epidemiológicos, es razonable pensar en las divergencias de lenguaje entre productores, transmisores y receptores de hallazgos específicos de investigación vinculados a la salud. Esta situación nos conduce a subrayar dos aspectos: las características del lenguaje en que el estudio es formulado y el contenido de la explicación *per se*. Ciertamente, los márgenes de incompreensión no son despreciables si tenemos en cuenta las brechas entre el léxico y la gramática de los investigadores y el público lego (Little, 1998).

Sin embargo, los grupos (e intereses) involucrados pueden ampliarse de modo impresionante si imaginamos los problemas relativos, por ejemplo, al tema de los alimentos manipulados genéticamente. Tenemos entonces: empresarios y técnicos de las industrias de biotecnología de alimentos interesados por obtener retornos de sus inversiones; productores agrícolas no favorables a las innovaciones; médicos que reciben demandas de aclaraciones por parte de sus pacientes; bioeticistas que procuran sistematizar supuestos pros y contras, basados en posiciones y/o principios *prima facie*, no siempre suficientes para lidiar con la presente ignorancia acerca de los efectos en la salud de los llamados *alimentos transgénicos*; políticos que son obligados a compatibilizar presiones de *lobbies* de la industria y de sus grupos de sustentación política ante las expectativas públicas por definiciones de profesionales del área de la salud en la burocracia gubernamental que deben proponer y decidir políticas de control/gerenciamiento.

En medio de este torbellino, hay epidemiólogos que pretenden desarrollar estudios sobre posibles daños en la salud de la población y que buscan financiamiento

para ello. ¿Cómo será posible (y en qué medida) lograr no solo entendimiento, sino también inteligibilidad entre discursos y lenguajes de las diversas partes con diferentes formaciones, posiciones e intereses frente a esta multifacética cuestión?

De cualquier forma, la divulgación sólida de cuestiones de riesgo comprende relevantes aspectos bioéticos y apunta hacia la necesidad de una base normativa para tal comunicación. Así son considerados los intentos para establecer protocolos éticos y formatos expositivos estandarizados de comunicación de riesgos, tanto para la ciencia como para los medios de comunicación, en el contexto de los países centrales. Esta preocupación resulta, por ejemplo, en el documento originario de la asociación entre la Royal Institution of Great Britain, Social Issues Research Centre y The Royal Society: la *Pauta (guidelines) para comunicación en ciencia y salud* (RI/SIRC/SC, 2001).

En su introducción se enfatiza la importancia de la forma en que las cuestiones de salud son divulgadas, en función del hecho de que “información engañosa (*misleading*) es potencialmente peligrosa: puede hasta costar vidas” (RI/SIRC/SC, 2001, p. 2). Allí se recomienda la elaboración de una pregunta hipotética, considerada trivial, que debe ser tenida en cuenta como rutina práctica de proceder para auxiliar a periodistas y científicos al abordar resultados de investigación: imaginar un ser querido cercano sensible/vulnerable a la difusión del tópico en cuestión (paciente con cáncer, padres considerando vacunación de hijos). Si esta entrevista fuese la única fuente disponible y esta persona llegase a tener acceso, el profesional (científico o periodista) “¿se sentiría cómodo con la forma propuesta para caracterizar e interpretar la historia (story)?” (RI/SIRC/SC, 2001, p. 2).

A nuestro entender, una pregunta simple pero con potenciales, y considerables, dificultades para ser respondida, según las circunstancias. Basta imaginar, en el proceso de “anticipación de impacto” (ver a continuación), si los contenidos presentados no son auspiciosos o traen más perspectivas para los hipotéticos casos cercanos a los actores en foco. ¿Cómo hacer para divulgar tales aspectos en forma fidedigna (léase con objetividad)? ¿Amenizar aspectos negativos? ¿Omitirlos? ¿Presentar la realidad desnuda y cruda? Frente a estos problemas, es importante no encarar a los actores involucrados como agentes estrictamente racionales y objetivos. En especial, no se puede descuidar el hecho de que las personas echan mano a variados recursos psicológicos para lidiar con las fuentes de ansiedad. No obstante, este recurso, si es usado con parsimonia y cuidado, podría servir como un razonable hilo conductor para delimitar este delicado proceso comunicacional.

La referida pauta señala los siguientes ítems como relevantes:

A) para periodistas:

- 1) credibilidad de las fuentes: aspectos relativos al reconocimiento de la formación y producción de los científicos;
- 2) información acerca de la adecuación de procedimientos y métodos de investigación y de la opinión de otros profesionales del campo sobre métodos;
- 3) existencia de avances importantes (*breakthrough*) en los hallazgos y conclusiones;

- 4) significación de los hallazgos: en términos de si son preliminares, si son discordantes respecto del conocimiento hegemónico, si están basados en muestras representativas, si los científicos solo encontraron asociación estadística, si hubo extrapolación de modelos animales a humanos;
- 5) comunicación de riesgos: en términos de riesgo absoluto o relativo, posibilidad de comparaciones con otros aspectos, grado de bioseguridad implicado;
- 6) anticipación de impacto: ansiedad u optimismo pasibles de ser generados en el público receptor, importantes advertencias debidamente resaltadas incluidas;
- 7) posición de otros periodistas especializados y editores sobre el tópico;
- 8) el papel de subeditores respecto de los formatos de presentación y destaque del artículo;
- 9) contactos con *experts*: la perspectiva de otros especialistas en el área de la investigación.

B) Respecto a los profesionales de la ciencia y de la salud:

- 1) convivencia con los medios masivos de comunicación: la relación con periodistas, búsqueda de orientación de profesionales especializados sobre tal cuestión;
- 2) credibilidad: informaciones a disposición sobre aspectos de la investigación (correspondientes a los ítems 2, 3, 4 de la lista para periodistas);
- 3) precisión: exageración sobre el significado de los hallazgos, posibilidad de otras interpretaciones sobre estos, interferencia de aspectos subjetivos;
- 4) comunicación de riesgo y beneficios: relativos al ítem 5 de la lista para periodistas;
- 5) énfasis sobre el tópico *bioseguridad*: si hubo explicaciones apropiadas sobre la imposibilidad de proporcionar seguridad absoluta;
- 6) recurso a cuestionamientos y demandas de correcciones en el caso de publicación de informaciones incorrectas o distorsionadas (RI/SIRC/SC, 2001, p. 4).

Existen estudios que procuran indicar la relevancia de los modos con que los especialistas del campo biomédico expresan riesgos para que los pacientes/clientelas sopesen costos, riesgos y beneficios al decidir entre distintos caminos terapéuticos. Una de las mayores preocupaciones en estos trabajos se refiere a los efectos de manipulación del *framing* —que en este contexto podríamos traducir tentativamente como *encuadre*— de la información, que es definida como “la descripción de situaciones de elección lógicamente equivalentes de diferentes maneras” (Edwards *et al.*, 2002, p. 828).

A pesar de la discutible presuposición generalizadora de que existiría la nítida posibilidad de establecer situaciones de elección *lógicamente equivalentes* ante la singularidad de los pacientes y de sus contextos de vida. Aun así, es relevante tener en cuenta que: los datos de riesgo relativo son más persuasivos que los de riesgo absoluto; potenciales pérdidas/costos por no someterse a determinado examen

de *screening* (como la mamografía), influyen en que este sea realizado más que por las ganancias/beneficios; el encuadre positivo (probabilidad de supervivencia) es más efectivo que el encuadre negativo (probabilidad de óbito) para persuadir pacientes a que asuman tratamientos arriesgados; la información que sea más inteligible para el paciente está asociada a mayor cautela frente a tratamientos y exámenes (Edwards *et al.*, 2002).

Vale subrayar que el concepto de *framing* carece de una definición precisa. Aparece en varias disciplinas de las ciencias sociales y el término puede referirse a diferentes conceptualizaciones, eventualmente superpuestas. Puede significar “protocolos (*guidelines*) profesionales” para periodistas, “patrones” en textos mediáticos, estructuras mentales de los usuarios de los medios masivos de comunicación y como elementos de la cultura en general (Dahinden, 2002). Esta situación genera un considerable potencial de confusión en las tentativas de operar con este concepto en las investigaciones que abarcan los efectos de la información científica vehiculizada por los medios de comunicación de masas respecto del público (Kohring & Matthes, 2002).

En términos de investigaciones específicas sobre la relación entre biotecnología y la correspondiente percepción pública, existen algunos puntos que merecen atención. Uno de ellos se refiere a los estudios transversales realizados en las naciones de la Unión Europea, bajo la órbita del programa denominado Eurobarómetro en Biotecnología. Un ejemplo de estas investigaciones se produjo en Holanda, y los análisis de estas investigaciones sirven para dimensionar los grados de rechazo/aceptación por parte de la población en relación con diversos aspectos biotecnológicos (áreas temáticas: biomédica, agroalimentación, identidad genética, investigación genérica, aspectos económicos, opinión pública, aspectos morales; *framing* de las noticias: progreso, ética, responsabilidad [*accountability*] pública, económica, innato/adquirido; actores como portavoz: ciencia independiente, negocios, política, manifestaciones del público y de los medios de comunicación, grupos de interés) (Gutteling, 2002).

Es difícil la comparación entre estudios sobre las relaciones entre medios de comunicación y público, en las distintas naciones de la Unión Europea, con diferentes abordajes teórico-metodológicos. Además, deben ser tenidos en cuenta factores como: la importancia económica de la industria biotecnológica nacional, las formas de penetración biotecnológica particulares en cada país, el papel de las relaciones públicas como un insumo para los medios de comunicación (Dahinden, 2002).

Una vez más, surgen inevitables interrogantes: ¿cómo lidiar con tales cuestiones en relación con los de afuera? ¿Será necesario reflexionar en las formas y contenidos para una orientación en genética, epidemiología, biotecnología y ética de estas poblaciones y estudiar también la información vehiculizada por los medios de comunicación? ¿Será que los folletines televisivos pueden difundir de modo apropiado complejas y controvertidas cuestiones técnicas y éticas relativas a la biotecnología? A pesar de las señales de que ocurren grandes limitaciones y deficiencias en este sentido, en el caso de la telenovela *El clon*, aun considerando que este sea un paso inicial en términos de difusión biotecnológica (Moreira & Massarani, 2002), ¿será este un formato adecuado?

Aun los profesionales de la salud en los llamados niveles de atención primaria pueden no haber recibido entrenamientos apropiados que posibiliten el dominio de contenidos biotecnológicos para orientar eventuales situaciones que demanden conocimientos específicos. En fin, son muchas las preguntas y pocas las certezas de alcanzar puntos de vista que nos conduzcan a respuestas satisfactorias en contextos como los de los países no centrales, frente a un campo vigoroso cada vez más presente en nuestro cotidiano.

La inadecuación de la bioética principista tradicional para la salud colectiva

Los objetos y temas de la así llamada *ética* en el campo específico de la medicina comenzaron a sufrir transformaciones desde que la biomedicina pasó a asumir posiciones biotecnocientíficas, con el desarrollo exponencial de nuevos recursos técnicos dirigidos especialmente al diagnóstico y al tratamiento. Estas circunstancias crearon situaciones generadoras de nuevos problemas éticos.

Como derivación inapelable de este conjunto manopla de transformaciones, la visión tradicional de la deontología médica queda fuera de foco. Esta, usualmente, es considerada como la reunión de preceptos orientadores de las conductas de un determinado grupo profesional, en relación con sus áreas de actuación. Sin embargo, esta contingencia desborda el campo biomédico, pues hay cambios evidentes originados especialmente en las innovaciones biotecnológicas. Sin duda, no solo el terreno de la ética médica está siendo ocupado por nuevas modalidades de problemas. Estas circunstancias tornan difusos los límites entre la llamada *ética médica* y el campo de estudios que será denominado *bioética*, que enfoca aspectos de la moralidad en el ámbito de la salud y de la vida.

Por ejemplo, el ya referido bioeticista Peter Singer (2000) presenta una reseña de tales aspectos y señala tópicos como: la creciente preocupación por la calidad en los cuidados en el final de la vida; la creación de principios que sirvan como fundamento ético para lidiar con el error médico; el desarrollo de enfoques éticos para sustentar decisiones legítimas y justas en el establecimiento de prioridades (y asignación de recursos); la búsqueda de consenso en la biotecnología y en las fuentes de financiamiento respecto de la aceptabilidad de la investigación con células madre (tronco) (*stem cells*); la discusión sobre la inclusión de la ética médica en los planes de estudios de la carrera de medicina y el momento más conveniente para incorporarla.

Existen otras circunstancias emergentes, que señalan más claramente una necesidad de revalidación de este campo. Por ejemplo, las discusiones sobre una llamada *bioética global*, dirigida no solo a problemas de las naciones económicamente fuertes. Una cuestión reciente en este sentido, trata de las inequidades en salud y comprendió la quiebra de patentes de medicamentos anti-VIH para tornarlos más accesibles a los infectados de países económicamente más débiles.

Existe una difícil prueba para todos los que pretendan incluirse en el mundo contemporáneo: necesitan mostrar adhesión y capacidad económica para acompañar

los movimientos incesantes y caprichosos del consumismo de mercado. Aquellos que no consiguen pasar este examen, es decir, los que quedan del lado de afuera del acceso a las mercaderías por falta de recursos, son “consumidores fallidos” (Bauman, 1997). Son personas incapaces de ser individuos “libres”, autónomos (Bauman, 1997). Grandes porciones de la población mundial (de afuera) se encuentran en estas condiciones. Los datos referentes a la posibilidad de acceso a Internet y a la expectativa de vida en el continente africano sirven como tristes representantes de esta situación.

No obstante, parece que la perspectiva dominante para la trayectoria sociopolítica y económica que debe ser recorrida por los pueblos del planeta debe ser en dirección a la globalización, ansiada por el capitalismo monopolista en sus varias facetas (especialmente, en la llamada sociedad posindustrial, donde ocurre la hegemonía económica obtenida por los sectores de servicios y de producción de conocimientos).

Es perceptible el énfasis en la autonomía en las políticas de promoción de salud. En general, debemos tener claro los presupuestos individualistas que subyacen a la concepción de persona predominante en Occidente. Esto se evidencia en las propuestas del autocuidado. Existen formas diversificadas de *autoconstruirse saludablemente* mediante actividades físicas dirigidas a: evitar riesgos (cardiovasculares, por ejemplo); aspectos estéticos (volcado hacia la producción de apariencias personales de belleza y atractivo corporal frecuentemente estandarizadas); funciones de rehabilitación (para los muy obesos o de mediana edad que buscan sentirse más *bien dispuestos*); desempeños (competencias atléticas, amateurs o no), entre otras.

Existen, empero, elementos merecedores de consideración específica en lo que se refiere a la dimensión de la *aptitud (fitness)* (Lupton, 1995). Sin entrar en las distinciones e imbricaciones de este concepto y el de buena salud, cabe señalar la pertinencia de que los cuidados de la salud estén también vinculados a la idea de ser/estar apto, bien dispuesto físicamente. En especial, implica las sensaciones subjetivas de ser poseedor de condiciones de aptitud, obtenidas a través de un entrenamiento disciplinado. La búsqueda de aptitud consiste en un estado de frecuente e interminable entrenamiento, en el cual la autoevaluación está siempre presente y la ansiedad ante la posibilidad de pérdida de la forma es permanente. En la actualidad, muchos hombres y mujeres procuran mantener sus cuerpos preparados/ajustados/en forma para lidiar con las dificultades o riesgos que se presentan, por ejemplo, en los *rallies* y pruebas de resistencia en áreas inhóspitas, deportes radicales. Y además, para lo inesperado, por las múltiples posibilidades en el menú de aventuras de la vida contemporánea. Sin embargo, para todo esto, es necesario tener recursos para el respectivo consumo. Es necesario estar del lado de adentro.

La difusión de las ideas de comportamientos de autocuidado y promoción de la salud está en franca expansión como posible forma de minimizar aspectos individualistas de la bioinseguridad. Una rápida búsqueda en el Medline permite encontrar gran cantidad de trabajos sobre el tema en sus varias —y no siempre claras— designaciones. A propósito, esta percepción fue señalada por Kulbok *et al.* (1997) al referirse a la confusión relacionada al campo en cuestión. Luego de un análisis crítico de los mismos términos, señalaron diferentes sentidos en las formas

como los profesionales especializados emplean ideas/conceptualizaciones inherentes al área “promoción de la salud”; “comportamiento en la promoción de la salud”; “comportamiento en la protección de la salud”; “comportamiento en la prevención de la enfermedad”; “comportamiento en la salud preventiva”; “comportamiento de salud”; “estilo de vida saludable”.

Indiscutiblemente, surgen nuevas cuestiones éticas y repercusiones socioculturales referentes al campo de los cuidados de la salud y, también, al autocuidado en función de las mediaciones entre medios informáticos, profesionales de salud y clientelas que, a su vez, son transformadas en agentes consumidores. Pero, ¿qué hacer frente a la inmensa multitud de no consumidores que se hallan viviendo en estados de bioinseguridad en este planeta? ¿Cómo lidiar con cuestiones al nivel de la sociedad: pobreza, desigualdad, carencias nutricionales, habitacionales, y sus repercusiones en términos de enfermedad, violencia, criminalidad y exclusión? Tales problemas están vinculados a las mismas raíces responsables de nuestras pérdidas en la capacidad para establecer tipos de valores realistas pertinentes a la convivencia en los tiempos actuales (Buchanan, 2000).

Proposiciones críticas de la bioética consideran que no es posible aplicar los principios de libertad y autonomía de la bioética principista clásica como instrumento de mediación en conflictos morales en ambientes sociales de gran desigualdad socioeconómica, donde los no consumidores suelen ser también más vulnerables en términos de salud. En este sentido, la agenda de una bioética global debería incluir tareas como el análisis, la discusión y el desarrollo de estrategias para enfrentar las desigualdades sociales y la vulnerabilidad de las poblaciones excluidas de la actuación como agentes consumidores. Así, frente a la pregunta: ¿es la bioética tradicional, principista, suficiente para lidiar no solo con dilemas morales sino también con las exclusiones sociales responsables por las implicancias en el ámbito de la salud pública?, nuestra respuesta, desafortunadamente, no es afirmativa. Esta es una bioética focal, conservadora, que no considera los factores generadores de desigualdades entre los de adentro y los de afuera. Una de las posibilidades es, como propone Fabri dos Anjos (2000), a partir de una perspectiva de la teología de la liberación, una relectura macrosocial de los consagrados principios bioéticos *prima facie* (autonomía, beneficencia, equidad, no maleficencia) en contextos de desigualdades sociales. De cualquier forma, uno de los desafíos que tenemos por delante, frente a la bioinseguridad de los de afuera, es considerar a la falta de autonomía y la vulnerabilidad como cuestiones cruciales para construir una ética de la salud colectiva.

Bibliografía

- Adorno, T.W.; Horkheimer, M. (1985). *Dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Albarran, J. W.; Bridger, S. (1997). Problems with providing education on resuming sexual activity after myocardial infarction: Developing written information for patients. *Intensive Critical Care Nursing*, v. 13, n. 1, p. 2-11. doi: 10.1016/S0964-3397(97)80643-X.
- Anjos, M. F. (2000). Bioética nas desigualdades sociais. En: Garrafa, V.; Costa, S. I. F. (orgs.). *A bioética no século XXI*. Brasília: Editora UnB. p. 49-65.
- Arthur, V.A.M. (1995). Written patient information: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursery*, v. 21, n. 6, p. 1081-1086. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061081.x.
- Assis, J. P. (1993). Kuhn e as ciências sociais. *Estudos Avançados*, v. 7, n. 19, p. 133-164.
- Assis, M. (1998). *Educação em saúde e qualidade de vida: Para além dos modelos, a busca da comunicação*. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 169). Rio de Janeiro: UERJ. Recuperado de: <https://tinyurl.com/2p82j9ac>.
- Atlan, H.; Bousquet, C. (1994). *Questions de vie. Entre le savoir et l'opinion*. Paris: Seuil.
- Audit Commission. (1993). *What seems to be the matter: Communication between hospitals and patients*. London: HMSO.
- Baillie, L.; Basset-Smith, J.; Broughton, S. (2000). Using communicative action in the primary prevention of cancer. *Health Education and Behavior*, v. 27, n. 4, p. 442-453. doi: 10.1177/109019810002700407.
- Balandier, G. (1999). *O Dédalo: Para finalizar o século XX*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Barata, R. B. (1996). Epidemiología clínica: nova ideologia médica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 4, p. 555-560.
- Barkhardar, A.; Pollard, D.; Hobkirk, J. A. (2000). A comparison of written and multimedia material for informing patients about dental implants. *Dentistry Update*, v. 27, n. 2, p. 80-84.
- Bateson, G. (1973). *Steps to an ecology of mind*. St. Albans, Australia: Paladin.
- Batista-Miranda, J. E.; Darbey, M.; Kelly, M.; Bauer, S. (1995). Entorno, información al paciente y organización en una Unidad de Urodinamia Pediátrica [Environment, patient information, and organization in a pediatrics urodynamics unit]. *Archivos Españoles de Urología*, v. 48, n. 1, p. 15-22.
- Baudrillard, J. (1987). *L'autre par lui-même*. Paris: Editions Galilée.
- Bauman, A. (1997). The comprehensibility of asthma education materials. *Patient Education and Counseling*, v. 32, n. 1 supl., p. 51-59. doi: 10.1016/s0738-3991(97)00096-7.
- Bauman, Z. (1995). *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Bauman, Z. (1998). *O malestar da pósmodernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Bauman, Z. (1999). *Globalização: As conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Bauman, Z. (2000). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar Editor.
- Bauman, Z. (2003). *Comunidade. A busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage Publications.

- Berlinguer, G. (1988). *A doença*. São Paulo: Cebes-Hucitec.
- Bernardini, C.; Ambrogi, V.; Perioli, L. C.; Tiralti, M. C.; Fardella, G. (2000). Comprehensibility of the package leaflets of all medicinal products for human use: A questionnaire survey about the use of symbols and pictograms. *Pharmacological Research*, v. 41, n. 6, p. 679-688. doi: 10.1006/phrs.1999.0639.
- Bernardini, C.; Ambrogi, V.; Fardella, G.; Perioli, L.; Grandolini, G. (2001). How to improve the readability of the patient package leaflet: A survey on the use of colour, print size and layout. *Pharmacological Research*, v. 43, n. 5, p. 437-444. doi: 10.1006/phrs.2001.0798.
- Berners-Lee, T.; Hendler, J.; Lassila, O. (2001). The Semantic Web. *Scientific American*, v. 284, n. 5, p. 34-43.
- Bjørn, E.; Rossel, P.; Holm, S. (1999). Can the written information to research subjects be improved? An empirical study. *Journal of Medical Ethics*, v. 25, n. 3, p. 263-267. doi: 10.1136/jme.25.3.263.
- Borges, J. L. (1975). *Ficções*. São Paulo: Abril.
- Brown, E. R.; Margo, G. E. (1987). Educación para la salud: ¿Puede reformarse a los reformadores? En: Tendencias actuales de Educación Sanitaria. Barcelona: *Quadern CAPS*.
- Bucchi, M. (1996). When scientists turn to the public: Alternative routes in science communication. *Public Understanding of Science*, v. 5, n. 4, p. 375-394. doi: 10.1088/0963-6625/5/4/005.
- Buchanan, D. R. (2000). *An ethic for health promotion: Rethinking the sources of human wellbeing*. Oxford: Oxford University Press.
- Castells, M. (1999). *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra.
- Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível: Saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, Editora Fiocruz. Recuperado de: <https://tinyurl.com/2bceebh7>.
- Castiel, L. D. (2003a). Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 2, p. 161-167. doi: 10.1590/S0034-89102003000200001.
- Castiel, L. D. (2003b). Bioinsegurança e ética em saúde coletiva. En: Valle, S.; Telles, J. L. (orgs.). *Bioética e biorrisco: Uma abordagem transdisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Interciência. p. 143-169.
- Castiel, L. D.; Pova, E. C. (2001). Dr. Sackett & Mr Sacketteer: Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 1, p. 205-214.
- Castiel, L. D.; Pova, E. C. (2002). Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 11, p. 117-121.
- Castiel, L. D.; Vasconcellos-Silva, P. R. (2002). Internet e o autocuidado em saúde: Como juntar os trapinhos? *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v. 9, n. 2, p. 291-314. doi: 10.1590/S0104-59702002000200004.
- Castiel, L. D.; Vasconcellos-Silva, P. R. (2003). A interface Internet/S@úde: Perspectivas e desafios. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 13, p. 47-64.
- Chung, K. F.; Cheung, R. C.; Tam, J. W. (1999). Long-term benzodiazepine users-characteristics, views and effectiveness of benzodiazepine reduction information leaflet. *Singapore Medical Journal*, v. 40, n. 3, p. 138-143.
- Chung, V.; Horowitz, A. M.; Canto, M. T.; Siriphant, P. (2000). Oral cancer educational materials for the general public: 1998. *Journal of Public Health Dentistry*, v. 60, n. 1, p. 49-52. doi: 10.1111/j.1752-7325.2000.tb03292.x.
- Cole, R. (1979). The understanding of medical terminology used in printed health education materials. *Health Education Journal*, v. 38, n. 4, p. 111-121. doi: 10.1177/001789697903800403.

- Cohn, G. (2001). *A sociología e o novo padrão civilizatório*. (Mimeo).
- Coronary Drug Project Research Group. (1980). Influence of adherence to treatment and response of cholesterol on mortality in the coronary drug project. *New England Journal of Medicine*, v. 303, n. 18, p. 1038-1041. doi: 10.1056/NEJM198010303031804.
- Couto, M. (1923). *As Alocações do Presidente da Academia de Medicina*. Rio de Janeiro: Typografia Bernard Frères.
- Couto, M. ([1927] 1933). *No Brasil só há um problema nacional: A educação do povo*. Rio de Janeiro: Typografia do Jornal do Comércio.
- Couto, M. (1942). *Seleção social: Campanha antinipônica*. Rio de Janeiro: Irmãos Ponghetti Editores.
- Dahinden, U. (2002). Biotechnology: From inter-science to international controversies. *Public Understanding of Science*, v. 11, n. 2, p. 87-92. doi: 10.1088/0963-6625/11/2/001.
- Dantas, F. (1999). Normatizando e normalizando práticas nãoconvencionais: Ética e pesquisa num contexto de incerteza. *Medicina On Line*, v. 2, n. 5.
- Dickinson, D.; Raynor, D. K.; Duman, M. (2001). Patient information leaflets for medicines: Using consumer testing to determine the most effective design. *Patient Education and Counseling*, v. 43, n. 2, p. 147-159. doi: 10.1016/s0738-3991(00)00156-7.
- Dixon-Woods, M. (2001). Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science and Medicine*, v. 52, n. 9, p. 1417-1432. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00247-1.
- Drossaert, C. H.; Boer, H.; Seydel, E. R. (1996). Health education to improve repeat participation in the Dutch breast cancer screening program: Evaluation of a leaflet tailored to previous participants. *Patient Education and Counseling*, v. 28, n. 2, p. 121-131. doi: 10.1016/0738-3991(96)00889-0.
- Drummond, J. P.; Silva, E. (1998). *Medicina baseada em evidências. Novo paradigma assistencial e pedagógico*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Eco, U. (2001). *Apocalípticos e integrados*. São Paulo: Perspectiva.
- Edejer, T. T.-T. (2000). Disseminating health information in developing countries: The role of the Internet. *BMJ*, v. 321, n. 7264, p. 797-800. doi: 10.1136/bmj.321.7264.797.
- Edwards, A.; Elwyn, G.; Mulley, A. (2002). Explaining risks: Turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ*, v. 324, n. 7341, p. 827-830. doi: 10.1136/bmj.324.7341.827
- Ellul, J. ([1954] 1990). *La technique ou l'enjeu du siècle*. Paris: Éditions Economica.
- Engelhardt, T. (1998). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola.
- Entwistle, V. A.; Watt, I. S. (1998). Disseminating information about healthcare effectiveness: A survey of consumer health information services. *Quality in Health Care*, v. 7, n. 3, p. 124-129. doi: 10.1136/qshc.7.3.124.
- Eysenbach, G. (2000a). Towards ethical guidelines for dealing with unsolicited patient emails and giving teleadvice in the absence of a pre-existing patient-physician relationship systematic review and expert survey. *Journal of Medical Internet Research*, v. 2, n. 1. doi: 10.2196/jmir.2.1.e1.
- Eysenbach, G. (2000b). Consumer health informatics. *BMJ*, v. 320, n. 7251, p. 1713-1716. doi: 10.1136/bmj.320.7251.1713.
- Eysenbach, G. (2001). Ethical issues in qualitative research on internet communities. *BMJ*, v. 323, p. 1103-1105. doi: 10.1136/bmj.323.7321.1103.
- Eysenbach, G. (2002). Infodemiology: The epidemiology of (mis)information. *American Journal of Medicine*, v. 113, n. 9, p. 763-765. doi: 10.1016/s0002-9343(02)01473-0.

- Eysenbach, G.; Sa, E. R.; Diepgen, T. L. (1999). Shopping around the internet today and tomorrow: Towards the millennium of cybermedicine. *BMJ*, v. 319, p. 1294-1296. doi: 10.1136/bmj.319.7220.1294.
- Eysenbach, G.; Diepgen, T. L. (2001). The role of e-health and consumer health informatics for evidence-based patient choice in the 21st century. *Clinics in Dermatology*, v. 19, n. 1, p. 11-17. doi: 10.1016/s0738-081x(00)00202-9.
- Fausto-Neto, A. (1995). Percepções acerca dos campos da saúde e da comunicação. En: Pitta, A. M. R. (org.). *Saúde & comunicação: Visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec, Abrasco. p. 267-293.
- Fausto-Neto, A. (1999). *Comunicação e mídia impressa: Estudo sobre a AIDS*. São Paulo: Hacker Editores.
- Fawdry, R. (1994). Prescribing the leaflets. *BMJ*, v. 51, n. 10, p. 551-553.
- Feder, B.; Lyons, J. S. (2001). Study gives mixed reviews to health sites on Web Online medical informations can be uneven, hard to find. *SiliconValley.com*.
- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fitzmaurice, D. A.; Adams, J. L. (2000). A systematic review of patient information leaflets for hypertension. *Journal of Human Hypertension*, v. 14, n. 4, p. 259-262. doi: 10.1038/sj.jhh.1001003.
- Foltz, A. T.; Sullivan, J. M. (1999). Limited literacy revisited implications for patient education. *Cancer Practice*, v. 7, n. 3, p. 145-150. doi: 10.1046/j.1523-5394.1999.07304.x.
- Frederikson, L. G.; Bull, P. E. (1995). Evaluation of a patient education leaflet designed to improve communication in medical consultations. *Patient Education and Counseling*, v. 25, n. 1, p. 51-57. doi: 10.1016/0738-3991(94)00696-j.
- Freemantle, N.; Harvey, E.L.; Wolf F.; Grimshaw, J.M.; Grilli, R.; Bero, L.A. (2000). Printed educational materials: Effects on professional practice and health care outcomes *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000172.
- Freire, P. (1977). *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1983). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1988). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1997). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gagliardi, A.; Jadad, A. R. (2002). Examination of instruments used to rate quality of health information on the Internet: chronicle of a voyage with an unclear destination. *BMJ*, v. 324, n. 7337, p. 569-573. doi: 10.1136/bmj.324.7337.569.
- Gaillard, F. (1996). Genética e mito da gênese. Bessis, H.; Chauvin, D.; Corboz, A.; Gaillard, F.; Marigny, J.; Milner, M.; Reves, H.; Vierne, S. (eds). *A Ciência e o imaginário*. Brasília: Editora da UnB.
- Garden, A. L.; Merry, A. F.; Holland, R. L.; Petrie, K. J. (1996). Anaesthesia information: What patients want to know. *Anaesthesia and Intensive Care*, v. 24, n. 5, p. 594-598.
- Garrud, P.; Wood, M.; Stainsby, L. (2001). Impact of risk information in a patient education leaflet. *Patient Education and Counseling*, v. 43, n. 3, p. 301-304. doi: 10.1016/s0738-3991(00)00168-3.
- George, C.F.; Waters, W.E.; Nicholas, J.A. (1983). Prescription information leaflets: A pilot study in general practice. *BMJ (Clinical Research Edition)*, v. 287, n. 6400, p. 1193-1196. doi: 10.1136/bmj.287.6400.1193.
- Gibbs, S.; Waters, W.E.; George, C.F. (1990). Prescription information leaflets: A national survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 83, n. 5, p. 292-297.

- Gibson, R. (1999). Paulo Freire and pedagogy for social justice. *Theory and Research in Social Education*, v. 27, n. 2, p. 129-159.
- Giddens, A. (1991). *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Unesp.
- Glanz, K.; Rudd, J. (1990). Readability and content analysis of print cholesterol education materials. *Patient Education and Counseling*, v. 16, n. 2, p. 109-118. doi: 10.1016/0738-3991(90)90085-y.
- Gottlieb, S. (2000). Health information on Internet is often unreliable. *BMJ*, v. 321, n. 7254, p. 136.
- Graham, W.; Smith, P.; Kamal, A.; Fitzmaurice, A.; Smith, N.; Hamilton, N. (2000). Randomised controlled trial comparing effectiveness of touch screen system with leaflet for providing women with information on prenatal tests. *BMJ*, v. 320, n. 7228, p. 155-160. doi: 10.1136/bmj.320.7228.155.
- Granitza, A. (1997). Aufklärungspflicht, Fach und Gebrauchsinformationen aus der Sicht der pharmazeutischen Industrie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, v. 91, n. 7, p. 649-653.
- Greenhalgh, T.; Hurwitz, B. (eds.) (1998). *Narrativebased medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJBooks.
- Griffin, J.P.; Griffin, J.R. (1996). Informing the patient. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, v. 30, n. 2, p. 107-111.
- Griffiths, K. M.; Christensen, H. (2000). Quality of web based information on treatment of depression: Cross sectional survey. *BMJ*, v. 321, n. 7275, p. 1511-1515. doi: 10.1136/bmj.321.7275.1511.
- Gross, A. G. (1994). The roles of rhetoric in the public understanding of science. *Public Understanding of Science*, v. 3, n. 1, p. 3-23. doi: 10.1088/0963-6625/3/1/001.
- Gutting, J. M. (2002). Biotechnology in the Netherlands: Controversy or consensus? *Public Understanding of Science*, v. 11, n. 2, p. 131-142. doi: 10.1088/0963-6625/11/2/303.
- Guyatt, G.; et al. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, v. 268, n. 17, p. 2420-2425. doi: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
- Habermas, J. (1972). *Knowledge and Human Interests*. Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (1979). *Communication and the Evolution of Society*. Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative Action. Reason and the Rationalization of Society. Vol. 1*. Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (1990). *Pensamento pós-metafísico: Estudos filosóficos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Habermas, J. (2000). *O discurso filosófico da modernidade: Doze lições*. São Paulo: Martins Fontes.
- Haraway, D. J. (1997). *Modest_Witness@Second_Millennium. FemaleMan@_Meets_OncoMouseTM: Feminism and Technoscience*. London: Routledge. doi: 10.1177/135485659800400111.
- Harvey, H. D.; Fleming, P.; Cregan, K.; Latimer, E. (2000). The health promotion implications of the knowledge and attitude of employees in relation to health and safety leaflets. *International Journal of Environmental Health Research*, v. 10, n. 4, p. 315-329. doi: 10.1080/0960312002001519.
- Horwitz, R. I.; Viscoli, C. M.; Berkman, L.; Donaldson, R. M.; Horwitz, S. M.; Murray, C. J.; Ransohoff, D. F.; Sindelar, J. (1990). Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *Lancet*, v. 336, n. 8714, p. 542-545. doi: 10.1016/0140-6736(90)92095-y.
- Houaiss, A.; Villar, M. S. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Howells, R. E.; Dunn, P. D.; Isasi, T.; Chenoy, R.; Calvert, E.; Jones, P. W.; Shroff, J. F.; Redman, C. W. (1999). Is the provision of information leaflets before colposcopy beneficial? A prospective randomized study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 106, n. 6, p. 528-534. doi: 10.1111/j.1471-0528.1999.tb08319.x.

- Humphris, G.M.; Duncalf, M.; Holt, D.; Field, E.A. (1999). The experimental evaluation of an oral cancer information leaflet. *Oral Oncology*, v. 35, n. 6, p. 575-582. doi: 10.1016/s1368-8375(99)00040-8.
- Humphris, G.M.; Ireland, R.S.; Field, E.A. (2001). Immediate knowledge increase from an oral cancer information leaflet in patients attending a primary health care facility: A randomized controlled trial. *Oral Oncology*, v. 37, n. 1, p. 99-102. doi: 10.1016/s1368-8375(00)00069-5.
- Illich, I. (1993). *To Honor Jacques Ellul*. Bremen: Universität Bremen. Recuperado de: <https://bit.ly/3d5rEZF>.
- Jackson, C.; Lindsay, S. (1995). Reducing anxiety in new dental patients by means of leaflets. *British Dentistry Journal*, v. 179, n. 5, p. 163-167. doi: 10.1038/sj.bdj.4808865.
- Jackson, C. A.; Pitkin-Derose, K.; Kington, R. (1998). *EvidenceBased Decisionmaking for Community Health Programs*. Santa Mónica, California: Rand Corporation. Recuperado de: <https://tinyurl.com/mrykkra2>.
- Jadad, A. R.; Gagliardi, A. (1998). Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel? *JAMA*, v. 279, n. 8, p. 611-614. doi: 10.1001/jama.279.8.611.
- Jenicek, M. (1997). Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *Journal of Epidemiology*, v. 7, n. 4, p. 187-197. doi: 10.2188/jea.7.187.
- Jones, R.; Finlay, F.; Crouch, V.; Anderson, S. (2000). Drug information leaflets: Adolescent and professional perspectives. *Child: Care, Health and Development*, v. 26, n. 1, p. 41-48. doi: 10.1046/j.1365-2214.2000.00142.x.
- Kee, F. (1996). Patients' prerogatives and perceptions of benefit. *BMJ*, v. 312, n. 7036, p. 958-960. doi: 10.1136/bmj.312.7036.958.
- Kjaergard, L. L.; Als-Nielsen, B. (2002). Association between competing interests and authors' conclusions: Epidemiological study of randomised controlled trials published in the BMJ. *BMJ*, v. 325, n. 7358, p. 249. doi: 10.1136/bmj.325.7358.249.
- Kohring, M.; Matthes, J. (2002). The face(t)s of biotech in the nineties: How the German press framed modern biotechnology. *Public Understanding of Science*, v. 11, n. 2, p. 143-154. doi: 10.1088/0963-6625/11/2/304.
- Kruse, A. Y.; Kjaergard, L. L.; Krogsgaard, K.; Gluud, C.; Mortensen, E. L.; Gottschau, A.; Bjerg, A. M. (2000). A randomized trial assessing the impact of written information on outpatients' knowledge about and attitude toward randomized clinical trials. *The INFO trial group. Controlled Clinical Trials*, v. 21, n. 3, p. 223-240. doi: 10.1016/s0197-2456(00)00048-9.
- Kubba, H. (2000). An evidence-based patient information leaflet about otitis media with effusion. *Clinical Performance and Quality Health Care*, v. 8, n. 2, p. 93-99. doi: 10.1108/14664100010343908.
- Kuhn, T. (1970). *A estrutura das revoluções científicas*. Rio de Janeiro: Perspectiva.
- Kulbok, P. A.; Baldwin, J. H.; Cox, C. L.; Duffy, R. (1997). Advancing discourse on health promotion: Beyond mainstream thinking. *ANS. Advanced in Nursing Science*, v. 20, n. 1, p. 12-20. doi: 10.1097/00012272-199709000-00004.
- Lamb, G. C.; Green, S. S.; Heron, J. (1994). Can physician warn patients of potential side effects without fear of t causing hose side effects? *Archives of Internal Medicine*, v. 154, n. 23, p. 2753-2756. doi: 10.1001/archinte.1994.00420230150018.
- Landow, G. P. (1995). *Hipertexto: La convergencia de la teoría crítica contemporánea y la tecnología*. Barcelona: Paidós.
- Latour, B. (1998). From the world of science to the world of research? *Science*, v. 280, n. 5361, p. 208-209.

- Lau, R. K. (1997). Genitourinary medicine and the Internet n. 4. *Genitourinary Medicine*, v. 73, n. 1, p. 73-74. doi: 10.1136/sti.73.1.73.
- Leão-Neto, V. C. (1990). *A crise da imigração japonesa no Brasil (1930/1934): Contornos diplomáticos*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão e Instituto de Pesquisa em Relações Internacionais.
- Leloup, J. Y.; Weil, P.; Crema, R. (1995). *Normose: A patologia da normalidade*. São Paulo: Versus.
- Lévy, P. (1995). *O que é o virtual?* Rio de Janeiro: Editora 34.
- Lipovetsky, G., Charles, S. (2004). *Les temps hypermodernes*. Paris: Grasset.
- Little, M. (1998). Assignments of meaning in epidemiology. *Social Science & Medicine*, v. 47, n. 9, p. 1135-1145.
- Little, P.; Griffin, S.; Kelly, J.; Dickson, N.; Sadler, C. (1998). Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: Randomized controlled trial. *BMJ*, v. 316, n. 7149, p. 1948-1952. doi: 10.1136/bmj.316.7149.1948.
- Little, P.; Somerville, J.; Williamson, I.; Warner, G.; Moore, M.; Wiles, R.; George, S.; Smith, A.; Peveler, R. (2001). Randomized controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post. *BMJ*, v. 322, n. 7296, p. 1214-1217. doi: 10.1136/bmj.322.7296.1214.
- Luck, A.; Pearson, S.; Maddern, G.; Hewett, P. (1999). Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: A randomized trial. *Lancet*, v. 354, n. 9195, p. 2032-2035. doi: 10.1016/s0140-6736(98)10495-6.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage Publications.
- Macfarlane, J. T.; Holmes, W. F.; Macfarlane R. M. (1997). Reducing consultations for acute lower respiratory tract illness with an information leaflet: A randomized controlled study of patients in primary care. *British Journal of General Practice*, v. 47, n. 424, p. 719-722.
- Macintyre, S. (1995). The public understanding of science or the scientific understanding of the public? A review of the scientific context of the 'new genetics'. *Public Understanding of Science*, v. 4, n. 3, p. 223-232. doi: 10.1088/0963-6625/4/3/001.
- Maggs, F. M.; Jubb, R. W.; Kemm, J. R. (1996). Single-blind randomized controlled trial of an educational booklet for patients with chronic arthritis. *British Journal of Rheumatology*, v. 35, n. 8, p. 775-777.
- Mandl, K. D.; Szolovits, P.; Kohane, I. S. (2001). Public standards and patients' control: How to keep electronic medical records accessible but private. *BMJ*, v. 322, n. 7281, p. 283-287. doi: 10.1136/bmj.322.7281.283.
- Mant, J.; Carter, J.; Wade, D.T.; Winner, S. (1998). The impact of an information pack on patients with stroke and their carers: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, v. 12, n. 6, p. 465-476.
- Marcuse, H. (1969). *A ideologia da sociedade industrial: O homem unidimensional*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Mattos, U. A. O.; Queiroz, A. R. (1996). Mapa de risco. En: Teixeira, P.; Valle, S. (orgs.). *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Mazur, D. J.; Hickam, D. H. (1994). The effect of physician's explanations on patients' treatment preferences: Five year survive data. *Medical Decision Making*, v. 14, n. 3, p. 255-258. doi: 10.1177/0272989X9401400307.
- Mendes-Ribeiro, J. (1999). Técnica médica e singularidades. En: Vaitsman, J.; Girardi, S. (orgs.). *A ciência e seus impasses. Debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 181-209. doi: 10.747/9788575415078.

- Meredith, P.; Emberton, M.; Wood, C.; Smith, J. (1995). Comparison of patients' needs for information on prostate surgery with printed materials provided by surgeons. *Quality in Health Care*, v. 4, n. 1, p. 18-23. doi: 10.1136/qshc.4.1.18.
- Merton, R. K. (1968). The Matthew effect in science: The reward and communication systems of science are considered. *Science*, v. 159, n. 3810, p. 56-63.
- Moraes, D. (2001). *O concreto e o virtual: Mídia, cultura e tecnologia*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Moreira, I. C.; Massarani, L. (2002). O Clone [The clone]. *Public Understanding of Science*, v. 11, n. 2, p. 207-208.
- Morin, E. (1986). *Para sair do século XX*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Mottram, D. R.; Reed, C. (1997). Comparative evaluation of patient information leaflets by pharmacists, doctors and the general public. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v. 22, n. 2, p. 127-134. doi: 10.1111/j.1365-2710.1997.tb00006.x.
- Muir Gray, J. A. (1997). Evidence-based public health: What level of compliance is required? *Journal of Public Health Medicine*, v. 19, n. 1, p. 65-68.
- Mumford, M. E. (1997). A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 26, n. 5, p. 985-991. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.00455.x.
- Murphy, S.; Smith, C. (1993). Crutches, confetti or useful tools? Professionals' views on and use of health educational leaflets. *Health Education Research*, v. 8, n. 2, p. 205-215. doi: 10.1093/her/8.2.205.
- Murphy, B.; Schofield, H.; Herman, H. (1995). Information for family carers: Does it help? *Australian Journal of Public Health*, v. 19, n. 2, p. 192-197. doi: 10.1111/j.1753-6405.1995.tb00373.x.
- Murray, E.; Davis, H.; Tai, S.S.; Coulter, A.; Gray, A.; Haines, A. (2001). Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care. *BMJ*, v. 323, n. 7311, p. 490-493. doi: 10.1136/bmj.323.7311.490.
- Murray, J.; Cuckle, H.; Sehmi, I.; Wilson, C.; Ellis, A. (2001). Quality of written information used in Down syndrome screening. *Prenatal Diagnosis*, v. 21, n. 2, p. 138-142. doi: 10.1002/1097-0223(200102)21:2<138::aid-pd997>3.0.co;2-c.
- Negroponte, N. (1995) *Being Digital*. New York: Vintage Books.
- Nelkin, D. (1994). Promotional metaphors and their popular appeal. *Public Understanding of Science*, v. 3, n. 1, p. 25-31. doi: 10.1088/0963-6625/3/1/002.
- Nelson, D.; Coleman, K.; Walker, J. (1997). Why are you waiting? Formulating an information pamphlet for use in an accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, v. 5, n. 1, p. 39-41.
- Newton, J. T. (1995). The readability and utility of general dental practice patient information leaflets: An evaluation. *British Dental Journal*, v. 178, n. 9, p. 329-332. doi: 10.1038/sj.bdj.4808757.
- Newton, L. H.; Hall, S. M. (1995). A survey of health education material for the primary prevention of congenital toxoplasmosis. *Communicable Disease Reports CDR Review*, v. 5, n. 2, p. 21-27.
- Ninomiya, M. (2002). A imigração japonesa: Passado, presente e futuro. *Cadernos da Memória*, n. 5. Rio de Janeiro: Museu da República.
- Ontario Task Force. *Ontario Task Force on the Primary Prevention of Cancer: recommendations for the primary prevention of Cancer*. Ontario Task Force. Toronto. 1995.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1986). *Carta de Ottawa*. En: Buss, P. M. Promoção da saúde e saúde pública: Contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública na América Latina. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. p. 158-162.

- Paul, C.L.; Redman, S.; Sanson-Fisher, R.W. (1998). Print material as a public health education tool. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 22, n. 1, p. 146-148. doi: 10.1111/j.1467-842X.1998.tb01160.x.
- Pereira, R. J. (2001). Redes de sintomas: Facetas digitais da depressão. [Anteprojeto de doutoramento em saúde pública]. Fiocruz: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Petterson, T.; Dornan, T. L.; Albert, T.; Lee, P. (1994). Are information leaflets given to elderly people with diabetes easy to read? *Diabetic Medicine*, v. 11, n. 1, p. 111-113.
- Peveler, R.; George, C.; Kinmonth, A. L.; Campbell, M.; Thompson, C. (1999). Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: Randomized controlled trial. *BMJ*, v. 319, n. 7210, p. 612-615. doi: 10.1136/bmj.319.7210.612.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: Towards a postcritical philosophy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Poles, C. (2000). O negocio das palestras. *Revista Veja*, v. 1678, n. 33, p. 76-81.
- Pratt, L.; Seligmann, A.; Reader, G. (1957). Physicians' view on the level of medical information among patients. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, v. 47, n. 10, p. 1277-1283. doi: 10.2105/ajph.47.10.1277.
- Revista Isto É. (2002). Os micróbios das nuvens. *Revista Isto É (Editora Três)*, n. 1705, p. 20.
- Richard, M. A.; Martin, S.; Gouvernet, J.; Folchetti, G.; Bonerandi, J. J.; Grob, J. J. (1999). Humour and alarmism in melanoma prevention: A randomized controlled study of three types of information leaflet. *British Journal of Dermatology*, v. 140, n. 5, p. 909-914. doi: 10.1046/j.1365-2133.1999.02824.x.
- Rigby, M.; Forsström, J.; Roberts, R.; Wyatt, J. (2001). Verifying quality and safety in health informatics services. *BMJ*, v. 323, n. 7312, p. 552-556. doi: 10.1136/bmj.323.7312.552.
- Risk, A.; Dzenowagis, J. (2001). Review of Internet Health Information Quality Initiatives. *Journal of Medical Internet Research*, v. 3, n. 4, p. 28. doi: 10.2196/jmir.3.4.e28.
- Rivera, F.J.U. (1995). *Agir comunicativo e planejamento social: Uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rivera, F.J.U. (1996). A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 3, p. 357-372. doi: 10.1590/S0102-311X1996000300009.
- Robertson, A.; Minkler, M. (1994). New health promotion movements: A critical examination. *Health Education Quarterly*, v. 21, n. 3, p. 295-312. doi: 10.1177/109019819402100303.
- Rocha, H. H. P. (2002). Pedagogia da boa higiene: Uma leitura do discurso médicopedagógico nos anos 20. *Educação Online*.
- Rose, S. (1997). A perturbadora ascensão do determinismo neurogenético. *Ciência Hoje*, v. 21, n. 126, p. 18-32.
- Rosemberg, W.; Donald, A. (1995). Evidence-based medicine: An approach to clinical problem-solving. *BMJ*, v. 310, n. 6987, p. 1122-1126. doi: 10.1136/bmj.310.6987.1122.
- Rosen, G. (1984). *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal.
- Rosnay, J. (1995). *L'homme symbiotique: Regards sur le troisième millénaire*. Paris: Seuil.
- Royal Institution of Great Britain (RI), Social Issues Research Centre (SIRC) & The Royal Society (SC). (2001). *Guidelines on Science and Health Communication*. London: RI/SIRC/SC. Recuperado: <https://tinyurl.com/4f2wm39u>.
- Rozemberg, B. (1998). Saneamento rural em áreas endêmicas de esquistossomose: Experiência e aprendizagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p. 125-141. doi: 10.1590/S1413-81231998000200012.

- Rozemberg, B.; Silva, A. P. P.; Vasconcellos-Silva, P. R. (2002). Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: O ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1685-1694. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600023.
- Sackett, D. L. (2000). The sins of expertness and a proposal for redemption. *BMJ*, v. 320, n. 7244, p. 1283. doi: 10.1136/bmj.320.7244.1283.
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Sayd, J. D.; Moreira, M. C. N. (2000). Medicina baseada em evidências: Ceticismo terapêutico, recorrência e história. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 10, n.1, p. 11-38. doi: 10.1590/S0103-73312000000100002.
- Schreiber, H. L. (1997). Aufklärungspflicht, Fach und Gebrauchsinformationen aus juristischer Sicht [Revision of the medical malpractice law: Legal aspects]. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, v. 91, n. 7, p. 653-657.
- Schulman, B. A. (1979). Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: Application of a socio-organisational perspective. *Medicine and Care*, v. 17, n. 3, p. 267-280. doi: 10.1097/00005650-197903000-00004.
- Scriven, M. (1997). Empowerment evaluation examined. *Evaluation Practice*, v. 18, n. 1, p. 165-175. doi: 10.1177/109821409701800115.
- Seals, T. D.; Keith, M. R. (1997). Influence of patient information leaflets on anticonvulsant drug compliance in prison. *American Journal of Health System Pharmacy*, v. 54, n. 22, p. 2585-2587. doi: 10.1093/ajhp/54.22.2585.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. (1989). *Educação em Saúde: Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde/ Divisão Nacional de Educação em Saúde (DNES). Recuperado de: <https://tinyurl.com/36m4wa8u>.
- Sehon, S. R.; Stanley, D. E. (2003). A philosophical analysis of the evidencebased medicine debate. *BMC Health Service Research*, v. 3, n. 1, p. 14. doi: 10.1186/1472-6963-3-14.
- Serres, M. (2003). *Hominescências. O começo de uma outra humanidade?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Sfez, L. (1996). *A saúde perfeita. Crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Unimarco, Loyola.
- Siebeneichler, F. B. (1989). *Jürgen Habermas: Razão comunicativa e emancipação*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Simpson, W. M.; Johnstone, F. D.; Goldberg, D. J.; Gormley, S. M.; Hart, G. (1999). Antenatal HIV testing: Assessment of a routine voluntary approach. *BMJ*, v. 318, n. 7199, p. 1660-1661. doi: 10.1136/bmj.318.7199.1660.
- Singer, P. A. (2000). Medical ethics. *BMJ*, v. 321, n. 7256, p. 282-285. doi: 10.1136/bmj.321.7256.282.
- Sokal, A.; Bricmont, J. (1999). *Imposturas intelectuais. O abuso da ciência pelos filósofos pós-modernos*. Rio de Janeiro: Record.
- Sorj, B. (2003). *brazil@digitaldivide.com: Confronting Inequality in the Information Society*. Brasília: Unesco Brazil.
- Sousa-Santos, B. (1989) *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal.
- Sousa-Santos, B. (2000). *A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência: Para um novo senso comum. A ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. São Paulo: Cortez Editora.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, v. 152, p. 1423-1433.

- Street, E.; Drew, P. J.; Carleton, P. J.; Monson, J. R.; Fox, J. N.; Duthie, G. S.; Kerin, M. J. (1998). Interactive multimedia information program for use by breast-care nurses: A patient acceptability study. *European Journal of Surgical Oncology*, v. 24, n. 6, p. 496-498. doi: 10.1016/s0748-7983(98)93284-x.
- Sumner, W. (1991). An evaluation of readable preventive health messages. *Family Medicine*, v. 23, n. 6, p. 463-466.
- Tourigny, J. (1998). Les effets d'une intervention éducative préopératoire sur la conduite de parents d'enfants de trois à six ans opérés dans le cadre d'une chirurgie d'un jour [Effects of a preoperative educational intervention on the behavior of parents of three to six-year old children having day surgery]. *Canadian Journal of Nursing Research [Revue canadienne de recherche en sciences infirmières]*, v. 30, n. 2, p. 135-159.
- Valery, P. ([1894] 1998). *Introdução ao método de Leonardo da Vinci*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Valla, V. V.; Mello, J. A. C. (1992). Sem educação ou sem dinheiro? En: Minayo, M. C. S. (org.). *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Fase/Editora Espaço e Tempo.
- Van Es, S. M.; Le Coq, E. M.; Brouwer, A. I.; Mesters I.; Nagelkerke, A. F.; Colland, V. T. (1998). Adherence-related behavior in adolescents with asthma: Results from focus group interviews. *Journal of Asthma*, v. 35, n. 8, p. 637-646. doi: 10.3109/02770909809048966.
- Vasconcellos-Silva, P.R.; Rivera, F.J.U.; Rozemberg, B. (2003). Próteses de comunicação e alinhamento comportamental: Uma revisão da literatura sobre impressos hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, p. 531-542.
- Veiga-Pereira, L. (2001). *Seqüenciaram o genoma humano... E agora?* Rio de Janeiro: Editora Moderna.
- Victora, C. G.; Habicht, J. P.; Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: Moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 3, p. 400-405. doi: 10.2105/ajph.94.3.400.
- Virilio, P. (1999). *La vitesse de libération*. Paris: Éditions Galilée.
- Ward, B.; Shah, S.; Eaden, J.A.; Mayberry, J.F. (1998). Patients with inflammatory bowel disease: Their response to information leaflets about medical therapy in particular azathioprine. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 35, n. 4, p. 264-266.
- Webster's Dictionary (1994). *Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*. New York: Gramercy Books.
- Weinstein, B. D. (1993). What is an expert? *Theoretical Medicine*, v. 14, n. 1, p. 57-73.
- Wilson, F. L. (1996). Patient education materials nurses use in community health. *Western Journal of Nursing Research*, v. 18, n. 2, p. 195-205. doi: 10.1177/019394599601800207.
- Wise, P. H.; Pietroni, R. G.; Bhatt, V. B.; Bond, C. S.; Hirst, S.; Hooker, R. J. (1996). Development and evaluation of a novel patient information system. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 89, n. 10, p. 557-560.
- Wootton, R. (2001). Recent advances: Telemedicine. *BMJ*, v. 323, n. 7312, p. 557-560. doi: 10.1136/bmj.323.7312.557.
- Wurman, R. S. (1991). *Ansiedade de informação: Como transformar informação em compreensão*. São Paulo: Cultura Editores Associados.
- Zakrzewska, J. M.; Leeson, R. M.; Mcluskey, M.; Vickers, M. (1997). The development of patient information leaflets: Care of the mouth after radiotherapy. *Gerodontology*, v. 14, n. 1, p. 48-53. doi: 10.1111/j.1741-2358.1997.00048.x

Este mundo hipercomunicativo presenta ambivalencias que pueden manifestarse en la coexistencia de dimensiones tecnológicas innovadoras, con facetas ideológicas conservadoras, cuyos efectos implican tanto el aumento asombroso en el acceso a informaciones, con innegables resultados, como también —al no disponer de mecanismos satisfactorios que aseguren la correspondiente consistencia— amplían atterradoramente la posibilidad de manipulaciones, seducciones, fatalidades. El conjunto de textos reunidos en este libro asume una perspectiva eminentemente crítica al enfocar determinados ángulos de las transformaciones proporcionadas por las TIC en el campo de la salud colectiva. Es necesario enfatizar que esta postura no significa, de forma alguna, rechazar de modo miope, las diversas ventajas propiciadas por ellas. Pero sí señalar la necesidad de mayor reflexión y desarrollo de eventuales correcciones de ruta en el recorrido de este trayecto, en el cual la velocidad de los cambios es cada vez mayor y con considerables márgenes de imprevisibilidad. Queramos o no, es necesario estar atentos a posibles daños de las manifestaciones de descontrol de las técnicas en el ámbito de la salud colectiva. Al final de cuentas, este tipo de atención forma parte de nuestras valiosas tradiciones.

Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva
(Fragmentos de la Presentación)

