

Telessaúde Brasil Redes: E-Salud y la difusión de informaciones en la comunicación para la salud en Brasil

Telessaúde Brasil Redes: e-Health and the diffusionist communication model at the health communication in Brasil

Nathália Rosa ^{1*}

¹ Universidad Autónoma de Barcelona

Fecha de recepción: 15/07/2014 – Fecha de aceptación: 21/10/2014

Resumen

El uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) es un proceso en rápida expansión internacionalmente. La Comunicación para la Salud en Brasil, bajo el contexto de la e-Salud, está enmarcada también en el programa gubernamental “Telessaúde Brasil Redes”, una política nacional que tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención básica en el sistema público de salud, a partir de la integración de la enseñanza y los servicios a través de herramientas basadas en las tecnologías de la información. Partiendo de esta base, el presente artículo rastrea y estudia los espacios de diálogo ofrecidos por el programa a partir de diversos proyectos de educación para la salud y sus respectivos materiales comunicativos, disponibles en la página web del Programa. Aunque una parte de dichos materiales están disponibles para que sean utilizados por todos los municipios que se constituyan en núcleos del programa, es posible encontrar en los procesos comunicativos del programa una lógica de actuación pensada desde una concepción difusionista, a manera de dispositivo para que la información fluya desde un emisor con conocimientos específicos hacia un polo receptor que debe cambiar su comportamiento hacia prácticas de salud consideradas más eficientes

Palabras clave: e-Salud, comunicación para La salud, Telessaúde Brasil Redes, Tecnologías de La Información y de La Comunicación (TIC)

Abstract

The use of Information and Communication Technology (ICT) is an internationally expanding process. Health Communication in Brazil, under the context of e-Health, is also framed in the program “Telessaúde Brasil Redes”, a national political program that aims to improve the quality of primary care in the public health system, using the integration of education and services through the ICT tools, providing conditions to promote Telemedicine and Teleeducation. On this basis, this article traces and study spaces for dialogue offered by the program from different projects of health education and their communication materials, available on the Program website. Although some of these materials are available to be used by all municipalities that constitute telemedicine nucleus, exist in the communication processes of the program a diffusionist conception of action, as a device for the information flows from a sender with specific knowledge to a receptor who must change their behavior towards health practices considered more efficient.

Keywords: e-Health, health communication, Telessaúde Brasil Redes, information and Communication Technology (ICT)

* Correspondencia: nathalia.rosa@gmail.com

Introducción

Los modelos de comunicación y los modelos de actuación en el campo de la salud siempre van juntos y se apoyan mutuamente: los modelos de salud explican cómo surgen y se propagan las enfermedades y se dirigen a ciertas maneras de hacer frente a ellas; los modelos de comunicación, a su vez, permiten la práctica comunicativa en las sociedades.

La concepción de comunicación para la salud que se ha practicado en Brasil, según Araújo (2007), se ha guiado por los modelos tradicionales de la comunicación, que constituyen un factor limitante en el análisis y la acción comunicativa en salud. Estos modelos son examinados en un contexto histórico e incluyen: el modelo de información, utilizado por la práctica comunicativa en un periodo predominantemente positivista; el modelo del desarrollo promovido por el paradigma de la modernización, resultado de las políticas públicas que unían la comunicación con el desarrollo y la superación de la pobreza, desde una perspectiva centralizadora y autoritaria; el enfoque humanista y político de la comunicación, propuesta por Paulo Freire, que renovó el campo introduciendo el concepto de la comunicación dialógica; y el modelo de comunicación en dos niveles, que introdujo nuevas concepciones acerca de la influencia de parámetros sociales complejos en la comunicación y la figura del mediador en el proceso (en el campo de la salud, estos mediadores son representados por el multiplicador y por el agente de salud). Actualmente, la teoría de la polifonía social de Bakhtin ha influenciado en las prácticas comunicativas más recientes en materia de salud como un lugar de producción social de sentidos.

Sin embargo, el modelo difusionista sigue influenciando hasta hoy los programas y políticas de comunicación para la salud en Brasil, constituyéndose como una herramienta fundamental para difundir las innovaciones bajo una lógica vertical basada en el modelo lineal de la comunicación (fuente-transmisor-canal-receptor-destinatario) donde un saber técnico universal se impone sobre el contexto y el conocimiento local.

Ese modelo sigue presente en el contexto de la e-Salud, proceso de convergencia de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en el ámbito de la salud. En Brasil, ese escenario está enmarcado fuertemente en el programa gubernamental “Telessaúde Brasil Redes”, una política nacional que tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención básica en el sistema público de salud, a partir de la integración de la enseñanza y los servicios a través de herramientas basadas en las tecnologías de la información, ofreciendo condiciones para promover la Teleasistencia y la Teleducación.

El desarrollo de las aplicaciones de las TIC a todos los sujetos que conforman el sector de la salud - instituciones, trabajadores y ciudadanía-, tanto en las actividades relacionadas con la atención, la gestión y la educación en salud, como en el uso y apropiación de las herramientas de comunicación por la sociedad, si bien abren un nuevo marco para el estudio e implementación de la comunicación en el campo de la salud, posibilitan también la manutención de la lógica difusionista.

Partiendo de esta base, el presente artículo rastrea y estudia los espacios de diálogo ofrecidos por el programa a partir de diversos proyectos de educación para la salud y sus respectivos materiales comunicativos de “ Telessaúde Brasil Redes”, disponibles en la página web del Programa.

E-Salud y la comunicación para la salud en Brasil

Hablar sobre el campo de la comunicación para la salud actualmente requiere necesariamente hablar de las TIC, las cuales son una importante fuente de generación de información y de conocimiento en la sociedad actual, y de esta manera están vinculadas directamente con el desarrollo económico y social. El avance y la innovación tienen un potencial no solamente económico, sino también de inclusión social y de fomento a la participación ciudadana, al mismo tiempo que facilitan la prestación de servicios como educación, salud y gestión gubernamental, siempre y cuando haya equidad en el acceso a las mismas (CEPAL, 2010). Esto supone algunos retos para la formulación de políticas y estrategias públicas, entre los que se destaca la incorporación de las TIC por su potencial de contribución a mejorar el acceso a la salud de vastos sectores de la población y a aumentar la eficiencia del sector.

La CEPAL (2003) entiende que las TIC se definen como sistemas tecnológicos mediante los que se recibe, manipula y procesa información, y que de esta manera facilitan la comunicación entre los interlocutores. Así, la organización sostiene que las TIC son algo más que informática y computadoras, puesto que funcionan en conexión mediante una red, y que tampoco son solamente divulgación de información, ya que permiten una comunicación interactiva. Salvat y Serrano (2011) comprenden las TIC como la integración multimedia de viejas tecnologías de la información (radio, teléfono, cine, prensa y TV) y su digitalización a partir del desarrollo de la informática. En este sentido explican que lo digital supone un cambio, ya que el nuevo sistema tecnológico que configura Internet ha sido capaz de crear una instancia nueva, un universo virtual, el ciberespacio. “Es la interacción de todos ellos y su reunión mediante la tecnología digital lo que hace que las llamadas TIC se conviertan en la palabra clave para entender las nuevas sociedades de la información” (Salvat y Serrano, 2011: 39).

El proceso de convergencia de las TIC en el ámbito de la salud está dando lugar al concepto de e-Salud, que engloba las aplicaciones TIC a todos los sujetos que conforman el sector, desde las instituciones, los trabajadores de la salud, hasta los ciudadanos. Las posibles aplicaciones de estas tecnologías abarcan gran parte de las actividades relacionadas con la atención, administración, educación y comunicación para la salud, y ofrecen oportunidades para incrementar la cobertura y mejorar la calidad del sistema.

El contexto de la e-Salud influye en la comunicación para la salud, llegando a ser definido por algunos autores como un nuevo paradigma de la información y comunicación en salud, siendo que algunas de las claves de este proceso se ubican en la participación, la personalización de la información sobre la salud y los hábitos de vida en especial; así como la posibilidad de la adopción de una actitud activa por parte del usuario (Pozo Iribarría y Ferreras Oleffe, 2011). De esa manera, la nueva realidad de las TIC permite que los individuos sean cada vez menos un receptor pasivo de la información sobre la salud, debido a que se les permite una participación más efectiva en los procesos de comunicación y salud.

Sin embargo, aunque esto sea una realidad, los aportes y beneficios que pueden proporcionar las TIC al cumplimiento de las funciones de la salud pública, cualquier proyecto en este ámbito no puede abstraerse de la realidad económica y social en que tienen lugar las políticas y acciones sanitarias (Llanusa Ruiz et al, 2005).

Eso porque, tal como considera Martín-Barbero (2005), las tecnologías no son neutras pues ellas constituyen un territorio en el cual condensan e interactúan intereses económicos y políticos con mediaciones sociales y conflictos simbólicos. Por estas características propias de las nuevas tecnologías que ellas constituyen nuevos modelos de construir la opinión pública y nuevas maneras de ciudadanía.

Así, las herramientas de comunicación deben ser entendidas no como un fin en sí mismas, más bien deben ser analizadas desde una perspectiva de proceso, es decir, un instrumento que puede generar cambios sociales cuando manejadas por las personas. “Estas tecnologías no crean por sí solas las transformaciones en las sociedades; son diseñadas e implementadas por gente en sus contextos sociales, económicos y tecnológicos” (Servaes y Malikhao, 2007: 58).

En Brasil, las llamadas “viejas tecnologías”, tales como la televisión, el radio, la prensa, siguen demandando inversiones importantes hasta que lleguen, en la salud, a una condición de comunicación universal, descentralizada y más equitativa. Eso significa que hablar de nuevas tecnologías en la salud requiere tener una percepción crítica de los modelos que han influenciado, y siguen influenciando, la comunicación. Esos modelos no son aislados de su contexto social, y emergen y son afectados por una lógica capitalista donde las nuevas tecnologías están inseridas.

La influencia del modelo informacional y de la modernización en la comunicación para la salud

Los cambios que se han producido en la concepción de la salud, por un lado, también fueron acompañado de los cambios en el entendimiento de la propia comunicación, hecho que ha afectado el campo de acción de la comunicación para la salud, haciendo con que convivan en el ámbito dos perspectivas de abordaje de la realidad. Por un lado, una perspectiva de marcado carácter instrumental para la cual la comunicación es mera transmisión de información desde un emisor a un receptor con el objetivo de manipular y controlar las conductas individuales y colectivas. “Por otro lado, la perspectiva relacional de la comunicación la define como el proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural” (Díaz y Uranga, 2011:118).

Sin embargo, en el campo de la comunicación para la salud en Brasil es posible constatar la fuerza del modelo difusionista y vertical, que considera los problemas de salud desde un carácter meramente individual y, de esta manera, objeto de una intervención de cambios de comportamientos individuales a partir de información generada desde un emisor con conocimientos específicos hacia un receptor que poco sabe acerca de los temas relacionados a salud.

Ese modelo de comunicación ha surgido en los años cincuenta, bajo la influencia del modelo lineal “fuente-transmisor-canal-receptor-destinatario”, de los autores Shannon y Weaver, los cuales paradójicamente provenían no de las ciencias sociales y las humanidades sino de la ingeniería de la información. Los modelos de comunicación que vinieron a la luz a partir de lo que propusieron Shannon y Weaver tenían tres características fundamentales: identificaban a la comunicación como transferencia de información (el estímulo); enfocaban a la eficiencia o a los efectos de la comunicación (la respuesta) relacionando la consecuente posibilidad de manipulación o control de los receptores, y por fin estos modelos se desarrollaban en comunión con los mecanismos de comunicación masiva que emergía como una importante fuerza en el período (Servaes, 2000).

Bajo esta lógica, los procesos comunicativos en el ámbito de la salud consideraban los problemas relacionados a la salud como de carácter individual, es decir, la promoción de la salud estaba dominada por la visión de que las conductas individuales eran en gran parte responsables por los problemas de salud y, de esta manera, las intervenciones deberían centrarse únicamente en cambiar este comportamiento considerado no adecuado. El individuo, por lo tanto, es el responsable por su problema como también es el único que tiene la posibilidad de cambiar esta realidad. Factores como el contexto social, por ejemplo, no era tenido en consideración, mucho menos de qué manera elementos como la pobreza, edad o género pueden afectar la salud de las personas.

Actualmente, se entiende que el comportamiento individual está determinado por el contexto social, cultural, económico y político. Sin embargo, la lógica de hacer la comunicación desde la perspectiva de transferencia de informaciones sigue con fuerza en los procesos comunicativos actuales, y guarda relación con una concepción hegemónica que se tiene de la salud, o sea, considerada solamente como la ausencia de enfermedades y no a partir de una visión más integral del bienestar en general.

El modelo informacional es funcional, operacional y apropiado, es decir, permite organizar la práctica comunicativa con facilidad. De esa manera, el modelo ha ganado un status de matriz, donde gran parte de las acciones comunicativas en el ámbito de la salud son producidas bajo su lógica en Brasil, afectando la configuración del campo de las políticas públicas de salud (Araújo y Cardoso, 2007).

Las características de ese modelo influyen directamente en los educadores, comunicadores y gestores del campo de la salud, haciéndolos creer que la práctica comunicativa está limitada por la transferencia de informaciones a una población que poco sabe de relevante acerca de los temas que dicen respecto a su salud y a su vida. Eso conlleva a una práctica sin espacios de escucha y sin diálogo, dejando el derecho a la voz y a la expresión solamente al emisor, en general las instituciones de salud, médicos o bien los medios de comunicación.

Así, actualmente en Brasil, es posible constatar una manutención de la lógica difusionista de la comunicación que siguen la lógica unidireccional de producción de materiales educativos dirigidos a la población con el objetivo de orientar hacia hábitos y conductas saludables; que consideran los problemas de salud como consecuencia de la conducta individual, ocultando los determinantes sociales, económicos y

políticos; las que sólo traen la voz de los profesionales salud y que parten del principio de que la gente no sabe nada sobre sus problemas y su salud; y las que trabajan con los problemas de salud de manera puntual, a partir de campañas dirigidas a un problema o una demanda (Combatir el dengue, prevención del SIDA, vacunación).

Esa matriz informacional sigue presente en los procesos de e-Salud, como veremos a partir del análisis de programa Telessaúde Brasil Redes. Aunque las nuevas tecnologías apunten para procesos más participativos y democráticos, los espacios de escucha y el poder de habla siguen de manera desigual.

Telessaúde Brasil Redes

En Brasil, aunque no haya una política centralizada e integral que aborde el uso de las TIC en la salud, existe una proliferación de iniciativas de promoción de las TIC y de adopción de innovaciones tecnológicas. Se observa un esfuerzo del gobierno federal en promover el tema, con acciones concretas como el Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, una acción que busca mejorar la calidad de la atención y la atención primaria en el Sistema Único de Salud (SUS), a partir de la integración de la enseñanza y el servicio a través de herramientas de tecnologías de la información, ofreciendo condiciones para promover la Teleasistencia y la Teleducación.

La ejecución del programa empezó en 2007 con el Proyecto Piloto en apoyo a los Centros de Atención Primaria, involucrando nueve Centros de Telesalud ubicados en universidades en los estados brasileños de Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Río de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina y Rio Grande do Sul, con la meta de calificar aproximadamente 2.700 equipos de la “Estrategia Salud de la Familia” en todo el país y la consecución de los siguientes objetivos: La mejora de la calidad del cuidado en los centros de atención primaria del Sistema Único de Salud (SUS), con resultados positivos en la solución del primer nivel de atención; Significativa reducción de costes y de tiempo de desplazamientos; La fijación de los profesionales de salud en las zonas de difícil acceso; Mejor agilidad en el cuidado; Optimización de los recursos dentro del sistema en su conjunto, beneficiando, por lo tanto, aproximadamente 10 millones de usuarios del SUS.

El Telessaúde Brasil Redes está compuesto por directivos de instituciones de salud, instituciones formadoras de profesionales de la salud y los servicios de salud del SUS, que consisten en:

- Centro de Telesalud Técnico-Científica - instituciones educativas y de gestión y/o de servicios de salud responsables de la formulación y gestión de Teleconsultorias, Telediagnósticos y Segunda Opinión Formativa;
- Punto Telesalud - servicios de salud a través de los cuales los trabajadores y profesionales del SUS demandan Teleconsultorias y Telediagnósticos.

El programa trabaja con Núcleos de Telesalud Técnico-Científicos, ya implementados en 11 estados, los cuales están conectados en red y ofrecen teleconsultorias a aproximadamente 1.500 Unidades Básicas de

Salud¹.

De manera a especificar el objeto de análisis en el programa, considerando su gran variedad de actividades, este presente artículo contempla solamente los proyectos de educación en salud y sus respectivos materiales comunicativos². Son proyectos que tienen un tema de salud de relevancia nacional, como la diabetes, las drogas, la sexualidad, por ejemplo, y a partir de esos temas son generadas estrategias comunicativas tanto para los profesionales de salud, como para la población en general. Son ellos: materiales de apoyo (guías, encuestas, legislación, etc.), audios (con informaciones para la orientación y aprendizaje), videos orientativos para el público en general, contenidos para los profesionales de salud, además de cursos de capacitación para profesionales, entre otros. Esos materiales están disponibles para que sean utilizados por todos los municipios que constituyen los núcleos del programa, con el objetivo de mejorar la calidad del sistema sanitario y fomentar la educación en salud.

De manera a hacer un análisis de los materiales disponibles, hemos recorrido a una síntesis de las principales características del modelo informacional, basado en distintos autores, propuestas por las autoras brasileñas Inesita Soares de Araújo y Janine Miranda Cardoso (2007).

Una primera característica de los materiales comunicativos del Telessaúde es la linealidad. Los documentos analizados trabajan con la comunicación bajo una lógica lineal, que atraviesa un camino sin variantes. Como resultado de ello, contempla sólo una de sus dimensiones, la tecnológica, cuando en la comunicación también son movilizadas dimensiones afectivas, cognitivas, políticas, económicas, etc. Esas dimensiones no están presentes en los objetos comunicativos ofrecidos por el Programa, es decir, no son trabajados en los materiales otros factores que afectan a la salud, tales como las condiciones sociales, económicas o culturales.

Luego, hemos podido observar otra característica importante que es la transmisión de los mensajes de manera unidireccional, que va de un polo a otro sin derecho de revertir la mano. Aunque exista la posibilidad del *feedback*, o sea, el retorno del mensaje, no cambia esa característica en su esencia, pues no permite al receptor alterar las reglas de la comunicación: él solamente da una respuesta en cuanto a la posibilidad y el modo de apropiación del mensaje, lo que permite al emisor rehacer sus estrategias.

Con relación a lo apuntado anteriormente, los materiales comunicativos del Telessaúde cierran la comunicación entre los polos de la relación, dejando de lado las otras voces que componen la escena comunicativa. Lo que las autoras llaman de "bipolaridad", refleja un modelo fuertemente centralizado, reservando a unos, los emisores, el derecho a hablar y a otros, los receptores, la asignación de "decodificar" los mensajes recibidos. El receptor, como resultado, se percibe como uno que no tiene nada que decir.

También, en los videos, textos o audios disponibles para la población o bien los trabajadores de la salud, hemos podido observar que existe una intención de quitar toda la interferencia en la comunicación, es decir, eliminar los ruidos que puedan existir para volver la escena comunicativa aséptica como garantía del éxito del mensaje.

Por fin, y a su vez muy importante, es el planteamiento de la lengua como un conjunto de códigos con significados preestablecidos y estables, por lo tanto, susceptible de ser transferido. Brasil es un país con realidades socio-culturales muy distintas, tanto en relación a los estados brasileños, bien como a las desigualdades que existen dentro de una misma ciudad. Además, trabajar con temas relacionados a la salud presupone trabajar con personas de distintas edades, género, etc. De esa manera, el proceso comunicativo debe que considerar esa diversidad.

Esa característica hace que sea difícil comprender los significados que no están presentes en las palabras, pero que son dinámicos y se producen en la relación comunicativa entre los interlocutores: dependen de conocimientos previos, expectativas, legitimidad, intereses, o sea, numerosos factores que influyen la escena comunicativa.

Consideramos, así, que los materiales comunicativos del programa Telessaúde están enmarcados en la matriz informacional. Aunque haya introducido la idea de mediadores, como citado anteriormente, el programa no localiza la comunicación bajo parámetros sociales complejos. Incluso, en este espacio específico, los mediadores son las propias herramientas de comunicación, tales como los videos, puestas a disposición tanto de los trabajadores bien como de la población en general. Esa mediación bajo el uso de la tecnología funciona como un “dispositivo más eficiente de codificación del mensaje, un “traductor” autorizado del conocimientos científico para códigos más fácilmente reconocibles” (Inesita y Araujo, 2007: 54).

Por lo anterior, los materiales educativos están lineados con las estrategias de la comunicación para el cambio de comportamiento, muy utilizada en el modelo difusionista, y largamente utilizado en los procesos comunicativos en salud. Esa orientación individualista, que considera que los individuos deben cambiar sus comportamientos hacia prácticas consideradas más saludables, sitúa el individuo aislado de su entorno social (Marques de Melo, 2007). Así, los materiales del Telessaúde se dirigen a un cambio de conducta de las personas de acuerdo con una práctica de salud establecida desde fuera, sin considerar el entorno social, las relaciones existentes en las más diversas realidades y colectivos.

Las principales estrategias utilizadas en la comunicación para el cambio de comportamiento, y que podemos observar en los materiales comunicativos del programa, fueron el marketing social, que consiste en poner en práctica técnicas estándar del marketing para promover el comportamiento social; la promoción de la salud y educación para la salud, que en general era adoptaba por las intervenciones norteamericanas para hábitos saludables y que tenía como perspectiva predominante generar cambios en comportamientos individuales para tener una población más sana; y el entretenimiento educativo, estrategia comunicativa para difundir información a través de los medios combinando entretenimiento y educación.

La propia política nacional de salud pública brasileña prevé un grado mayor de participación ciudadana, con el objetivo de mejorar la atención y generar una autonomía de individuo y de los colectivos en las decisiones sobre su vida. La “Política Nacional de Gestión Estratégica y Participativa en el SUS: ParticipaSUS”, por

ejemplo, defiende que la construcción del modelo de atención a la salud sea fundamentado en las necesidades y demandas de la población por acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Como la realidad de las regiones del país es bastante diversificada, en función de la dinámica sociopolítica y cultural y de la amplitud geográfica, las demandas, necesidades y potencialidades pueden variar, tornando fundamental la estrategia de la descentralización.

Haciendo un paralelo con los procesos comunicativos en la salud, la política establece que esta tarea exige el esfuerzo de desencadenar acciones de educación en salud que operen en el sentido de ampliar la vocalización de las necesidades y de los deseos de la población y la escucha de los profesionales y de los servicios, para que el acogimiento y el cuidado tengan significado para ambos. Según defiende el documento, formular y deliberar juntos significa un avance para el control social - y éste es el efectivo desafío presentado a la gestión participativa, que requiere la adopción de prácticas y mecanismos innovadores que realicen la participación popular. Presupone, por tanto, ampliación de espacios públicos y colectivos para el ejercicio del diálogo y de pactar las diferencias.

Esas cuestiones también están relacionadas con lo apuntado en el primer Seminario Nacional del Telessaúde Brasil, en el año 2009. Según el documento final del encuentro, uno de los puntos trabajados fue la necesidad de ampliar y adaptar los contenidos a las distintas demandas que coexisten en el país, aunque hubo un reconocimiento de que las actividades de la tele-educación trabaja con temas del cotidiano de las equipos de salud de los distintos municipios participantes. Así, la participación de los trabajadores en el desarrollo de los temas y de los materiales fue considerado importante para mejorar el sistema del programa. Siguiendo en el tema de la participación, los integrantes del seminario apuntaron para la necesidad de involucrar los usuarios en el debate de las políticas públicas de educación permanente en salud, en un proceso de co-responsabilidad de los colectivos en la atención a la salud.

Conclusiones

La comunicación para la salud es un campo en desarrollo en Brasil, donde coexisten una disputa de modelos y concepciones, muchas veces antagónicas, al combinar la práctica y la teoría. Por un lado, nos damos cuenta de la resistencia que impone los modelos hegemónicos y los obstáculos para un verdadero cambio en las prácticas comunicativas.

Estimular la participación con el objetivo de incorporar “nuevos” actores, nuevas maneras de hacer la comunicación en los procesos de salud es un reto que tiene la comunicación en el ámbito, y si por un lado las TIC pueden desempeñar un rol importante por su capacidad de acción, hay que considerar la complejidad que estos procesos conllevan. La utilización de una tecnología no cambiará *per se* las relaciones de poder que tradicionalmente han llevado la voz de mando en el ámbito sanitario, que implica tener en cuenta las problemáticas, necesidades y formas de gestión planteadas por otros actores representativos, sean otros trabajadores de la salud o los colectivos diversos. “La promoción de conductas

saludables no es el resultado de campañas o de acosos publicitarios, sino la consecuencia lógica de la apropiación de otro sentido respecto a la calidad de vida y a la salud por parte de la ciudadanía” (Díaz y Uranga, 2011: 123).

Entre los diferentes conceptos que se mueven el campo de la comunicación y la salud, destacamos, siguiendo a Araújo y Cardoso (2007), aquellos que entienden la comunicación como un proceso permanente y disputado por asignar sentidos a los acontecimientos, fenómenos, experiencias y discursos sobre el mundo y la sociedad. Existen muchas ramificaciones de este punto de vista, entre los que se destaca la recusa de establecer un significado predeterminado y terminado en cada palabra, que puede ser transferido y comprendido por el "receptor" tal y como imaginaba el "emisor". Como propone Bakhtin (1988, 1992, apud Araújo y Cardoso, 2007), cada palabra tiene múltiples significados y está habitada por diferentes voces, lo que configura una polifonía anclada en la alteridad como principio ontológico, pero también en la estructura social desigual. En este enfoque, los diferentes contextos - históricos, económicos, políticos, institucionales, y también textuales, intertextuales, existenciales y situacionales juegan un papel decisivo en los procesos de comunicación.

La comunicación para la salud dentro de este razonamiento, en lugar de valorar solamente a los discursos tradicionalmente autorizados, tales como las instituciones y servicios / equipos de salud, fomenta la participación y reconoce la existencia de la polifonía social, de la capacidad de acoger y amplificar las muchas voces que contienen cantidad de significados posibles para la salud, marcada no solamente por la ausencia de enfermedades. Es también una comunicación que entiende que el conocimiento sobre la salud no se produce solamente a partir de los conocimientos técnicos y científicos, sino que se da a través de la articulación de un conjunto de prácticas, conocimientos, recuerdos, expectativas, emociones, etc., constituidos por las voces que emanan de todos los actores implicados en el proceso de salud: las instituciones, los trabajadores y la población.

En este diseño, el proceso de comunicación no se limita a la transmisión de contenidos predeterminados, como hemos podido observar en los materiales del Telessaúde, sino se entiende desde una perspectiva de producción de sentidos, que pasan a cobrar importancia en los procesos de comunicación en el campo de salud, donde el contexto social-cultural es determinante para la construcción de significados como: la salud, el cuidado, las enfermedades y el bien-estar, entre otros. Es una comunicación que toma en consideración no solamente los signos y los códigos empleados en un discurso, sino más bien la propia realidad (referente) de la comunicación, es decir, el contexto en el cual están actuando los sujetos que participan en el proceso comunicativo.

Es en este sentido que los autores Cuesta Cambra, Menéndez Hevia y Ugarte Iturrizaga (2008) traen al debate el problema de tratar la comunicación para la salud desde una visión de “intereses universalizables”, es decir, “aquello que todos podrían querer”. Los autores defienden que los discursos sociales que son establecidos desde los poderes públicos deberían tener una actitud dialógica en lugar de desarrollar la planificación mediática únicamente desde la actitud derivada de la autoridad, donde se imponen los criterios de eficacia “objetivamente deseables”. Esta actitud muchas veces desemboca en los “discursos

universalizables”, en los que es necesaria la inserción del discurso público dentro de un marco de ética dialógica que permita a los protagonistas participar del discurso público y conformarlo conjuntamente con los poderes públicos y las iniciativas privadas.

El papel de los pacientes y los ciudadanos es cada vez más relevante en las estrategias sanitarias y se acrecienta con la incorporación de TIC, en la medida en que tengan acceso a ellas y sepan utilizarlas. Los desafíos planteados para mejorar la atención de salud en la región son diversos. Si bien las TIC pueden aportar soluciones innovadoras y poderosas en materia de acceso, eficiencia y monitoreo, entre otros, deben implementarse en combinación con otras herramientas e iniciativas para construir capacidades y mejorar la calidad de la atención (CEPAL, 2010: 94).

Sin embargo, esto significa un cambio de actitud en el personal de salud, no siempre fácil de conseguir. Los procesos reales de participación social en salud deberán acompañarse de un desarrollo institucional que incluya cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población (Vazquez et al, 2002).

Por lo anterior, los procesos comunicativos en el campo de la salud deben buscar articular en todas las etapas los saberes y miradas de los diversos actores que participan en el proceso de salud, trabajadores y usuarios, considerando las realidades y particularidades de cada uno, los vínculos y mediaciones existentes en cada colectivo para de esta manera trabajar las problemáticas de la salud y promover la participación de las personas, individual y colectivamente, en los procesos que dicen respecto a su salud y su vida.

Así, cualquier estrategia de las TIC en salud, como en cualquier ámbito social, tiene que ser pensada a partir de las necesidades que se proponen resolver para lograr una acción transformadora, sin partir de la tecnología en sí misma. Eso implica afirmar la importancia de programas como el Telessaúde Brasil Redes, y la capacidad y posibilidad que tiene para mejorar la atención a la salud, pero no se trata sólo de compartir los recursos tecnológicos, sino de transformarlos en un medio para empoderar a las personas en su vida cotidiana, para que puedan sentirse cómodas en su empleo, ya que la utilización de la TIC supone cambios en su acción diaria y como también en el abordaje de los problemas tanto de forma individual como colectiva.

¹ Informaciones obtenidas a partir de la página web de la institución - <http://www.telessaudebrasil.org.br/>

² Cada núcleo del Telessalud tiene un nombre específico para esta actividad, por lo que hemos optado por no elegir un único en este artículo, y hacen los materiales de acuerdo con sus necesidades y de manera distinta. Sin embargo, en muchos casos los temas coinciden, y la lógica de producción y uso de los materiales también son muy semejantes.

Referencias

- Araujo, I. S. (2007). "Comunicação e saúde". En: Martins, C. M. (Org.) *Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz.
- Araújo, I. S. y Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Brasil (2005). *PARTICIPASUS - Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____ (2009). *Relatório I Seminário Nacional Telessaúde Brasil*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/4/2/124-Relat%F3rio_Semin%E1rio_Nacional_do_Telessa%Fade_Brasil_2009.pdf. Recuperado el 26/02/2014.
- CEPAL (2003). *Los caminos hacia una sociedad de la información en América Latina y el Caribe*. Conferencia Ministerial Regional Preparatoria de América Latina y el Caribe para la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. (Bávaro, Punta Cana, República Dominicana, 29 al 31 enero, 2003).
- _____ (2010) *Las TIC para el crecimiento y la igualdad: renovando las estrategias de la sociedad de la información*. Disponible en <http://www.eclac.org/ddpe/publicaciones/xml/5/41725/LCG2464.pdf>. Recuperado el 26/02/2014.
- Cuesta Cambra, U., Menéndez Hevia, T. y Ugarte Iturrizaga, A. (2008). *Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Complutense.
- Díaz, H. y Uranga, W. (2011). "Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria". *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), 113-124.
- Lllanusa Ruiz, S. B. et al. (2005). "Las tecnologías de información y comunicación y la gestión del conocimiento en el sector salud". *Revista Cubana Salud Pública [online]*, 2005, 31(3)3, 223-232.
- Marques de Melo, J. (2007). *Entre el saber y el poder: Pensamiento comunicacional latinoamericano*. Monterrey: Comité Regional Norte de Cooperación con la UNESCO.
- Martín-Barbero, J. (2005). "Técnicidades, identidades y alteridades: Desubicaciones y opacidades de la comunicación en el nuevo siglo". En: Martín-Barbero, J. et al. (2005). *Tecnocultura y comunicación*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 25-53.
- OPAS (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Washington, D.C: OPS y Fundación W.K. Kellog.
- Pozo Iribarría, J. y Ferreras Oleffe, M. (2011). "La telefonía móvil como instrumento de comunicación para la información y prevención del consumo de drogas". En: Cuesta Cambra, Ubaldo, Menéndez Hevia, Tania y Ugarte Iturrizaga, Aitor (2011). *Comunicación y salud: Nuevos escenarios y tendencias*. Madrid: Editorial Complutense.

-
- Salvat, G. y Serrano, V. (2011). *La revolución digital y la Sociedad de la Información*. Zamora: Comunicación Social.
 - Servaes, J. (2000). “Comunicación para el desarrollo: tres paradigmas dos modelos”. *Temas y Problemas de Comunicación*, n. 10, editada por el Departamento de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de Río Cuarto (Argentina).
 - Servaes, J. y Malikhao, P. (2007). “Comunicación Participativa: ¿El nuevo paradigma?”. *Redes.com*, 4, 43-60.
 - Vazques, M. L.x et al. (2002). “Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina”. *Gac Sanit [online]*, 16(1), 30-38.