

El telesalud Brasil redes: Un sistema tecnológico “socialmente comprometido”

Carlo Botrugno;

Doctorado; Universidad de Florencia; Departamento de Ciencias Jurídicas; Research Unit on Everyday Bioethics and Ethics of Science.
Contacto: carlo.botrugno@unifi.it; Campus Novoli – 35; Vía delle Pandette 50127; Italia.

José Roberto Goldim

PhD; Hospital Clínicas de Porto Alegre; LAPEBEC; Santa Cecilia; Puerto Alegre; Brasil.

Márcia Santana Fernandes

PhD; Universidad Feevale; LAPEBEC; Santa Cecilia; Puerto Alegre; Brasil.

Date of Receipt: 09 de Abril, 2019 | Approval date: 03 de Mayo, 2019

Resumen

Introducción: La reflexión sobre el carácter “socialmente mediado” de los dispositivos tecnológicos es un tema clásico de los Science and Technology Studies. Objetivo: Evaluar el carácter socialmente comprometido del proyecto Telesalud Redes Brasil, implantado em Brasil. Método: Una oportunidad favorable para conciliar la perspectiva de los STS con una visión más amplia en el ámbito de la investigación sobre las formas de desplazamiento territorial de los procesos de cuidado en salud es el caso del Telesalud Brasil Redes. Resultados: Sus características estrechan la relación entre el diseño de la red y las finalidades del SUS, ofreciendo elementos útiles a una lectura teórico-conceptual de la estructura del servicio implantado. En contraposición al estándar de la telemedicina el servicio de Telesalud Redes Brasil avanza más allá del clásico esquema de la “mediación social” de los artefactos tecnológicos, teniendo como objetivo ampliar el acceso a los servicios de cuidado en salud garantizados sistema público de salud, factor que democratiza y reduce las desigualdades entre los usuarios del sistema. Conclusiones: Además, al proponer una conexión entre los diferentes profesionales de la salud, el Telesalud Redes opera más allá de la “ecología médica local”, valorizando la importancia de las relaciones sociales entre los equipos de salud de la familia y las comunidades atendidas.

Palabras-clave: STS; Innovación Tecnológica en Salud; Telemedicina; Telesalud; Salud Colectiva.

Abstract

The telehealth Brasil networks: A “socially engaged” technological system.

Introduction: The reflection on the “socially mediated” character of technological devices is a classic theme of Science and Technology Studies (STS). Objective: Evaluate the socially engaged character of the Telehealth Brasil Redes project implemented in Brazil. Method: A favorable opportunity to reconcile the STS perspective with a broader view in the scope of research on the forms of territorial displacement of health care processes is the case of Telehealth Brazil Networks. Results: Its characteristics narrow the relationship between the network design and Unified Health System (UHS) purposes, offering useful elements to a theoretical-conceptual reading of the implanted service structure. In contrast to the telemedicine standard, the service of Telehealth Networks Brazil advances beyond the classic scheme of “social mediation” of technological artifacts, aiming to expand access to health care services guaranteed public health system, a factor that democratizes and reduces inequalities among system users. Conclusion: In addition, by proposing a connection between the different health professionals, Telehealth Networks operates beyond the “local medical ecology”, valuing the importance of social relations between the family health teams and the communities served.

Keywords: STS; Technological Innovation in Health; Telemedicina; Telehealth; Collective Health.

O telessaúde Brasil redes: Um sistema tecnológico "socialmente engajado".

Introdução: A reflexão sobre o caráter "socialmente mediado" dos dispositivos tecnológicos é um tema clássico dos Science and Technology Studies. Objetivo: Avaliar o caráter socialmente engajado do projeto Telessaúde Brasil Redes implantado no Brasil. Método: Uma oportunidade favorável para conciliar a perspectiva dos STS com uma visão mais ampla no âmbito da investigação sobre as formas de deslocação territorial dos processos de cuidado em saúde é o caso do Telessaúde Brasil Redes. Resultados: As suas características estreitam a relação entre o design da rede e as finalidades do SUS, oferecendo elementos úteis a uma leitura teórico-conceitual da estrutura do serviço implantado. Em contraposição ao padrão da telemedicina o serviço de Telessaúde Brasil Redes avança além do clássico esquema da "mediação social" dos artefatos tecnológicos, tendo como objetivo o de ampliar o acesso aos serviços de cuidado em saúde garantidos sistema público de saúde, fator que democratiza e reduz desigualdades entre os usuários do sistema. Conclusão: Ademais, ao propor uma conexão entre os diferentes profissionais da saúde, o Telessaúde Brasil Redes opera além da "ecologia médica local", valorizando a importância das relações sociais entre as equipes de saúde da família e as comunidades atendidas.

Palavras-chave: STS; Inovação Tecnológica em Saúde; Telemedicina; Telessaúde; Saúde Coletiva.

Introducción

Innovación, tecnología y contexto social desde la perspectiva de los Science and Technology Studies

La reflexión sobre el carácter "socialmente mediado" de los dispositivos tecnológicos es un tema clásico de los Science and Technology Studies (STS)^{1,2,3,4}. Los estudios producidos por los autores que forman parte de esta corriente desempeñaron un papel fundamental en la construcción de una reacción a la visión determinista-mecanicista, con base en la cual la innovación es entendida como un factor (x) que produce un determinado impacto en la sociedad y/o en las interacciones sociales (y), y de la que derivan, a su vez, algunos efectos identificables (z), obedeciendo así a un modelo de sucesión lineal del tipo: $x + y = z$. Los autores que pertenecen a la corriente de los STS demostraron cómo el desarrollo de un sistema tecnológico no consiste en la creación de un objeto intrínsecamente dotado de significado, sino, por el contrario, en la producción cultural de nuevas prácticas de modo que la tecnología aparece siempre mediada por prácticas sociales que hacen de ella una tecnología-en-uso⁵.

En el contexto específico de los modelos de cuidado en salud "a distancia" - de la telecare a la telehealth, pasando por la telemedicina y el e-Health, hasta llegar al último mobile Health - algunos autores, revitalizando una perspectiva constructorista⁶ que contribuyeron con el desarrollo de un aparato teórico-conceptual útil a la comprensión de las diversas fases en las que se articulan los procesos sociales implícitos en la formación del diseño y en la construcción de las tecnologías de los dispositivos médicos^{7,8,9}. Problematizar la relación entre la tecnología de los dispositivos y las prácticas de los profesionales de la salud a través de la lente de la technology-in-use⁵ permitió demostrar la incidencia de las prácticas profesionales, tanto de carácter individual, como de carácter social, recurrentes en el funcionamiento concreto de los aparatos, y las dificultades relacionadas con la utilización de estas innovaciones en la rutina de un ambiente hospitalario. Estas reflexiones desafiaron progresivamente la "retórica triunfalista" de la telemedicina^{10,11}, la cual, por medio de la legitimación de la literatura científica de carácter médico¹² entró oficialmente en la agenda políti-

co-institucional de los Estados nacionales y organizaciones regionales en la Unión Europea y en los Estados Unidos.

En la corriente de los STS, sin embargo, algunos autores¹³ expresaron una posición crítica - o mejor, autocrítica - que tenía el objetivo de evidenciar la excesiva preferencia en los estudios de STS por problemáticas microinteraccionistas, tales como la relación entre el médico y el paciente; la relación entre prácticas de rutina y innovaciones; la interacción hombre-máquina, etc. Esta preferencia dejó en segundo plano el análisis de los factores de naturaleza macro, relacionados con los aspectos culturales, sociales, políticos y económicos, que influyen en la definición de una estrategia pública para la implementación tecnológica, o, al contrario, que impiden su desarrollo¹⁴. El objetivo de este artículo es evaluar el carácter socialmente comprometido del proyecto Telessaúde Brasil Redes, implantado en Brasil.

Método

En este contexto, hay una oportunidad favorable para conciliar la perspectiva de los STS con una visión más amplia en el ámbito de las investigaciones sobre las formas de desplazamiento territorial de los procesos de cuidado en salud. El Telesalud Brasil Redes puede ser ejemplo de este proyecto, pues sus características estrechan la relación entre el diseño de las Redes y las finalidades del SUS, ofreciendo elementos útiles a una lectura teórico-conceptual de la estructura del servicio implantado. El estudio sobre el Telesalud Brasil Redes puede, por lo tanto, constituir una oportunidad para reconectar la perspectiva de los STS con el análisis de las estructuras sociales, políticas y económicas que están en la base de la implementación de los dispositivos médicos, renovando así, un plan de investigación útil para problematizar las modalidades con las que la tecnología redefine y modela el significado social de la medicina^{15,16}.

Resultados y Discusión

El Sistema Único de Salud: de la descentralización a la humanización de la Atención Básica en Salud

Brasil es una República Federativa que se extiende por una superficie de 8,515,762 km² y con 200,4 millones de

habitantes, siendo el quinto país más poblado del mundo. La historia reciente de Brasil se caracteriza por el paso del régimen dictatorial a las instituciones democráticas, inspirada en un movimiento de renovación y reformas destinadas a la concesión de derechos sociales^{17,18}. La amplia legitimación popular y la intensa participación de los intelectuales y especialistas, a partir de la década de 1980, hizo que en el sector de la salud pública, hubiera iniciativas en la perspectiva de superar la limitada lectura teórica de la relación entre salud y enfermedad. La salud, por lo tanto, era concebida como un bien que debería ser constitucionalmente protegido y no ser tratada sólo por su carácter asistencialista, pero también integrar acciones globales, capaces de interferir en las condiciones sociales externas al sistema sanitario.

Las connotaciones ético-políticas del movimiento en pro de la reforma sanitaria encontraron una plena actuación con el SUS - cuyas líneas esenciales se trazan en la Constitución de 1988 y luego especificadas con la sucesiva regulación (Ley nº 8.080/1990 y ss.) - y reflejaron en la previsión de procesos para la participación popular en la definición de las políticas públicas de defensa a la salud (Constitución de la República Federativa del Brasil, 1988, art. 198). En el contexto del SUS, en efecto, la defensa de la salud representa un deber del Estado, además de un derecho del ciudadano, razón por la cual ésta debe ser garantizada por medio de "políticas sociales y económicas que apunte a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros agravios y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación" (Constitución 1988, art. 196).

Entre los principios fundadores del SUS existe también el concepto de integralidad, en virtud del cual la respuesta a la necesidad de salud de la población se estructura como un "conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, exigidos para cada caso en todos los niveles de complejidad del sistema" (Ley nº 8080/90, art. 7). La defensa o la promoción "integral" de la salud de la población aparece estrechamente relacionada con la adopción de una orientación inspirada en el principio de descentralización (Constitución de la República Federativa del Brasil, 1988, art. 198) por medio del cual se operó la ruptura con el modelo vigente durante el régimen dictatorial, cuando estas actividades fueron sometidas, en ámbito federal, a un modelo de gestión centralizada y de carácter descendente.

La proximidad entre las actividades de gestión de la salud y la población local en Brasil elevó el territorio, y más específicamente la municipalidad, al papel de protagonista en la organización de las actividades de defensa a la salud, contribuyendo a una renovada importancia a la persona concreta (ciudadano y paciente), y así destacándose de la visión del usuario-sujeto abstracto e imprimiendo el principio de descentralización.

El principio de descentralización se implementa por medio de un modelo de Atención Básica en Salud, representado por el Programa Salud de la Familia (PSF), hoy denominado Estrategia de Salud de Familia (ESF), el cual adquirió una gran importancia en las acciones del SUS ya a partir de su creación en 1994¹⁹. El PSF preveía que las actividades de atención básica fueran realizadas a través del trabajo de los Equipos de Salud, es decir, de grupos de profesionales (asistentes) instalados localmente con la tarea de "asumir la responsabilidad" por la salud de un determinado número de familias del mismo territorio de cada municipio. Los Equipos de Salud son formados por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería, y otros profesionales (de 4 a 6) con formación de base en higienización, nutrición, gestión del embarazo, epidemiología, y enfermedades infecciosas. Estos últimos asumen el papel de "Agentes Comunitarios de Salud" y su función es monitorear las condiciones de salud y de enfermedades de la población local, identificando la problemática, aconsejando acciones preventivas y evaluando la evolución de los casos por medio de visitas domiciliarias periódicas.

Para comprender plenamente la estructura y los objetivos perseguidos por el SUS, es necesario, sin embargo, hacer referencia a algunas estrategias específicas, entre las cuales se destacan la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS, 2003) y la Política Nacional de Humanización (PNH, 2004). A través de esas políticas de carácter transversal se busca la construcción de premisas teóricas para el desarrollo de acciones de reorientación de prácticas de tutela a la salud y de la formación en el área sanitaria¹⁸. En términos conceptuales la Educación Permanente debe ser diferenciada de la Educación Continua, que, a diferencia de la primera, se realiza por medio de actividades de formación orientadas a la actualización de las competencias de los profesionales de salud. El concepto de Educación Permanente fue adoptado para favorecer el encuentro entre la formación, la gestión, la participación social y la defensa de la salud, comprendidas como áreas específicas del saber y de prácticas que, partiendo de referencias constructivistas de "enseñanza-aprendizaje", se mueven en el terreno común de la promoción de la salud de la población¹⁸. Además, la Educación Permanente se desarrolla en torno al principio fundamental del aprendizaje significativo, con base en la cual el trabajo de Atención en Salud es comprendido como compuesto por elementos que "tienen sentido" para los profesionales que actúan en el sistema. Asignando a estos últimos una posición activa en la reflexión crítica sobre las prácticas profesionales, la Política de Educación Permanente aspira a la promoción de cambios en la organización de los procesos de los que depende la respuesta del sistema sanitario²⁰.

En una estrecha correlación con la reflexión crítica sobre las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud, la PNEPS se mueve por la convicción de que la inclusión de

componen concretamente el SUS y que contribuyen con el propio trabajo para delinear los contornos del sistema, constituya un factor capaz de desafiar los modelos consolidados de atención y gestión ligados al predominio del paradigma biomédico, así favoreciendo la adquisición de conciencia por parte de los mismos sujetos involucrados. La política de Humanización tiene el objetivo de incrementar el grado de corresponsabilidad de los diversos actores, interfiriendo en los procesos de producción de la salud y proponiendo formas de actuación alternativas dentro del SUS. Con base en esta estrategia, los objetivos de cambio en la cultura de defensa ofrecida a los pacientes y en la gestión de los procesos profesionales pueden ser obtenidos poniendo en el centro el derecho de los pacientes y, por lo tanto, reconociendo a ellos la posibilidad de asumir un papel activo en el sistema de control social y de producción de la salud²¹.

El Telesalud Brasil Redes: estructura y funciones

La implementación del modelo de Atención Básica logró un mejoramiento en las condiciones de salud general de la población brasileña a pesar de las dificultades de cobertura territorial²². Sin embargo, el acceso al nivel especializado representa uno de los mayores problemas de la actual organización del SUS²³. La oferta reducida de centros hospitalarios por el territorio nacional impide la atención de forma apropiada de las necesidades y de prestaciones especializadas^{24,25}. El surgimiento de la Telesalud Redes, por lo tanto, aparece desde el principio orientado a la finalidad de disminuir la distancia física que separa a los Equipos de Salud de la oferta de atención especializada. El sistema se desarrolla en el comienzo a partir de la Red Universitaria de Telemedicina²⁶, de la cual se separa en 2007 por medio de un proyecto experimental (Portaria n° 35/2007) que involucró a nueve estados federales (Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Río de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, San Pablo), y se consolida definitivamente en 2011, cuando asume la forma del actual Programa Nacional Telesalud Redes (Portaria n° 2546/2011).

El Telesalud está compuesto por una plataforma de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) que,

por medio de spokes denominados Puntos de Telesalud, se conectan a los Equipos de Salud esparcidos en el territorio a los hubs, los Núcleos de Telesalud que se encuentran dentro de los centros hospitalarios universitarios. El objetivo primario del servicio es contribuir con la cualificación profesional y el apoyo a los procedimientos asistenciales de la Atención Básica a través de las actividades de Teleconsulta, Telediagnóstico, Segunda Opinión Formativa, y Teleeducación^{18,27}. Estas actividades se pueden realizar tanto en las formas simultáneas (webchat o conexión audio/vídeo), como fuera de línea (offline), mediante el envío de mensajes desde el Punto al Núcleo (con tiempo de respuesta de hasta 72 horas). Los pedidos que llegan al Núcleo son generados por un médico con experiencia específica en el ámbito de la atención básica, que asume la tarea de Teleregulador, intermediando y enviándolos al profesional competente en el organigrama interno. El Núcleo de Telesalud realiza también acciones de soporte técnico, monitoreo y evaluación de los procesos de organización del trabajo, confrontación y discusión para la actuación de políticas y programas nacionales de salud, recogida y análisis de datos²⁸.

Una de las características que distinguen, particularmente, el sistema de prestaciones de salud a distancia en Brasil - y, por lo tanto, también la operatividad del Telesalud - es la prohibición de encuentros virtuales entre el médico y el paciente. A partir de 1988 (Resolución n. 1/286 1988) el Código de Ética Médica vedó al médico de "prescribir tratamiento o otros procedimientos sin examen directo del paciente, salvo en casos de urgencia e imposibilidad comprobada de realizarlo, debiendo, en ese caso, hacerlo inmediatamente cesado el impedimento" (art. 39 del Código de Ética Médica de 2009, ex art. 62). El Código prohíbe también al médico "dar consulta, diagnóstico o prescripción por intermedio de cualquier vehículo de comunicación de masas" (art. 114 del Código de Ética Médica de 2009, ex art. 134). El Consejo Federal de Medicina (CFM) ha reforzado tal prohibición al vedar: "al médico bajo cualquier forma de transmisión de conocimiento, enseñar procedimientos privados de médico a profesionales no médicos" (art. 1, Resolución n. 1/718 2004). El valor de una prohibición que resulta tan incisiva para el desarrollo de la telemedicina brasileña puede ser cuestionado tanto bajo el aspecto de su

a. La oportunidad de esta forma de interdicción representa hoy objeto de discusión, con CFM que en Febrero aprobó una Resolución que pretendía regular los servicios de telemedicina en el país - Resolución CFM n°2.227, publicada en el D.O.U. de 6 de febrero de 2019 -, y luego la revocó con esa motivación: "En virtud del alto número de propuestas encaminadas por los médicos brasileños para alteración de los términos de la Resolución CFM n°2.227/2018 - la cual define criterios para la práctica de la telemedicina en el País, que ya llegan a 1.444 contribuciones, hasta el momento, en atención, además, al clamor de innumerables entidades médicas, que piden más tiempo para analizar el documento y enviar también sus sugerencias de alteración; y, por fin, teniendo en vista la necesidad del tiempo para concluir las etapas de acogida, compilación, estudio, organización, presentación y deliberación de todo el material ya recibido y de lo que aún será recibido, posibilitando un análisis riguroso de cada una de esas contribuciones, con el objetivo de entregar a los médicos ya la sociedad en general un instrumento que sea eficaz en su función de normalizar la actuación del médico y la oferta de servicios médicos a distancia mediados por la tecnología, siendo sensible a las manifestaciones de los médicos brasileños y de las entidades representativas de la clase, solicito revocar la Resolución CFM n°2.227/2018. "Resolución CFM n°2.228/2019.

oportunidad^a, tanto en consideración del hecho de que ésta no fue establecida por un órgano federal vinculado al Ministerio de Salud, sino bien por uno Consejo representativo de una clase de profesionales, cuál es el Consejo Federal de Medicina, que, de hecho, no posee personalidad jurídica de derecho público^b. Sin embargo, el CFM, en relación a la difusión de medios de comunicación a distancia, consideró que la medicina fue "la que menos se benefició", destacando, sin embargo, las incertidumbres éticas y jurídicas en muchos aspectos para la sedimentación de la práctica de la telemedicina. Literalmente, de acuerdo con el Dictamen n. 36/2002 dice el texto "La ética y el Derecho aún no nos han dado el camino seguro a ser trillado, especialmente en relación a la privacidad de las informaciones, al secreto profesional, ya la responsabilidad del médico asistente y del plan-tonista en la central de atención y transmisión de datos"^c.

Un sistema tecnológico "socialmente comprometido"

La conexión entre Punto y Núcleo, prioritariamente orientada a resolver la duda clínica que proviene del profesional local, tiene como objetivo en el medio/largo plazo la formación de un saber compartido para los casos de difícil interpretación, un saber cuya gestión es tarea exclusiva de los profesionales del equipo de salud, que deben adaptarse en función de las características del territorio y de las condiciones de salud-enfermedad de la población. Por lo tanto, si el objetivo primario del servicio de Telesalud consiste en resolver la duda clínica que dio origen a la petición del médico del equipo, el objetivo indirecto es el de favorecer la construcción de un conocimiento práctico para la resolución de los casos más difíciles. Por esta razón cada teleconsultoría se convierte en instrumento de acumulación del saber médico, compartido en "red" y accesible a los profesionales del Punto.

El desplazamiento territorial del sistema, en realidad, además de perseguir objetivos de cobertura geográfica, debe ser entendida como una incorporación de saber de parte del equipo de salud local, con el resultado que la red se convierte en un instrumento de capacitación de sus actividades diarias. En este contexto, el aprendizaje clínico obtenido por los profesionales de la salud que participan en las actividades de teleconsultoría constituye un objetivo específico del servicio de la red y, por lo tanto, es medido de acuerdo con las posibilidades de acción del equipo de salud local y con las exigencias del territorio. Por un lado, la dialéctica enseñanza-aprendizaje, central en la visión horizontal adoptada por el SUS, revela nuevos escenarios de

investigación dirigidos a la investigación de modalidades con las cuales los profesionales de los equipos de salud administran los diferentes modelos de atención básica versus la atención especializada; por otro lado, esta dialéctica reconoce la problematización del conocimiento médico y, en particular, el carácter colectivo de los procesos por los cuales el diagnóstico y la terapéutica son producidos^{29,30,31}.

El diseño, la implantación y el funcionamiento del Telesalud Redes asumen, por lo tanto, una fuerte connotación ético-política, mientras que dirigidas a fines de "justicia social", con el fin de dar efectividad al derecho a la Salud como derecho fundamental de cada ciudadano. La interpenetración entre los valores y la estructura del servicio se destaca de forma aún más clara cuando se compara a Telesalud con la noción de telemedicina convencional, es decir, una red tecnológica "proveedora", en la que la interacción principal es la que se desarrolla entre un "paciente como receptor" y un "profesional como proveedor". El Telesalud Redes, por el contrario, se caracteriza como un sistema de producción-reparto y intercambio de conocimiento, en el cual la interacción principal es aquella que se instaura entre el "territorio-comunidad" y un "saber médico".

La configuración de las Redes aparece, por lo tanto, capaz de revertir la perspectiva prevalente en la implementación de los modelos de telemedicina - la llamada "retórica de la telemedicina"^{10,11} - que promete revolucionar las modalidades de curación conduciendo virtualmente al paciente hasta el nivel especializado, y por lo tanto, garantizando la realización de una más amplia cantidad de prestaciones especializadas.

Consideraciones Finales

La reforma sanitaria en Brasil priorizó el proceso de renovación de la formación médica, resaltando la defensa a la salud de la población como un compromiso ético-político, dentro del cual los principios fundadores del SUS constituyen desde el principio un punto de referencia obligatorio³². Las connotaciones ideológicas del SUS permean el servicio de Telesalud, dirigiendo sus actividades a la potenciación del nivel de atención básica en salud, el cual reviste una función doble: la de ingreso del paciente en el SUS y la de oferta de servicios de Atención Básica en Salud a la población. La Telesalud se caracteriza como un complejo de personas, dispositivos y prácticas para la tutela de la salud, en el cual el usuario final no es el paciente, sino el médico.

b. Conforme a la Ley n. 9.649, de 27 de mayo de 1998, que dispone sobre la organización de la Presidencia de la República y de los Ministerios, en efecto: "Los servicios de fiscalización de profesiones reguladas [son] ejercidos en carácter privado, por delegación del poder público, mediante autorización legislativa ". En el mismo sentido, la versión actual del estatuto del Consejo Federal de Medicina le atribuye: "personalidad jurídica de derecho privado, desarrollando servicio de interés público, por delegación del Poder Público, sin ningún vínculo funcional o jerárquico con los órganos de la administración pública." (art. 3 de la Resolución del Consejo Federal de Medicina, n. 1.541/98 que define el Estatuto del mismo Consejo).

c. Cf. p. 3 Dictamen n.36/2002 del CFM.

Prohibiendo cualquier forma de encuentro virtual entre médico y paciente, el SUS optó por la "no transmisión" de un saber de carácter relacional, por medio de dispositivos ICT, eliminando a la raíz el debate ligado al carácter reduccionista de algunas aplicaciones de telemedicina.

El funcionamiento del Telesalud Redes Brasil, por lo tanto, demuestra la viabilidad de un modelo de atención basado en la perspectiva higiénico-social de la salud colectiva, y se aleja del paradigma de la tecnomedicina³³ empeñada en la búsqueda de un milagro tecnológico^{34,35}. Las actividades de Telesalud Redes no interfieren en el proceso de co-construcción de la patología³⁶, pero contribuyen a la capacitación de los profesionales de los equipos de salud locales. Por esta razón se puede afirmar que el Telesalud produce una intervención que parece en armonía con las directrices fundamentales del SUS, y que, por lo tanto, puede ser definida como eficaz.

Referencias

- Mol A, Law J. Regions, Networks and Fluids: Anemia and Social Topology. *Soc Stud Sci*. 1994 Nov [access in date unknow];24(4):641-71. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11639423> DOI: 10.1177/030631279402400402 In: Pubmed; PMID: 11639423
- Grint K, Woolgar S. *The Machine at Work: Technology, Work and Organization*. 1ª edition. Cambridge: Polity Press;1997.
- MacKenzie D, Wajcman J. *The Social Shaping of Technology*. 2ª edition. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 1999.
- Latour B. *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. 1 edition. Boston, MA: Harvard University Press; 2000.
- Suchman L, Blomberg J, Orr J, Trigg R. Reconstructing technologies as social practice. *American Behavioural Scientist*. 1999 Nov 01;43(3):392-408.
- Berger PL, Luckmann T. *The Social Construction of Reality*. London: Penguin Books; 1967.
- Whitten P, Sypher BD, Patterson JD. Transcending the Technology of Telemedicine: An Analysis of Telemedicine in North Carolina. *Health Communication*. 2000 Feb;12(2):109-35.
- May C, Ellis NT. When protocols fail: technical evaluation, biomedical knowledge and the social production of facts about a telemedicine clinic. *Soc Sci Med*. 2001 Oct [access in date unknow];53(8):989-1002. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556780> In: Pubmed; PMID: 11556780
- Finch T, May C, Mair F, Mort M, Gask L. Integrating service development with evaluation in telehealthcare: an ethnographic study. *BMJ*. 2003 Nov;327(7425):1205-9.
- May C, Gask L, Atkinson T, Ellis N, Mair F, Esmail A. Resisting and promoting new technologies in clinical practice: The case of telepsychiatry. *Soc Sci Med*. 2001 Jun [access in date unknow];52(12):1889-901. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11352414> In: Pubmed; PMID: 11352414
- Zuiderent T, Berg M, Winthereik BR. Talking about distributed communication and medicine: on bringing together remote and local actors. *Human-Computer Interaction*. 2003 Jun;18(1):171-81.
- Curry R, Lethbridge K, Plant L. "Telemedicina nel Regno Unito", E-Health care: innovazione e tecnologie in sanità. 2011;3(13):68-73.
- Klein HK, Kleinman DL. The Social Construction of Technology: Structural Considerations. *Science, Technology, & Human Values*. 2002 Winter;27(1):28-52.
- Mort M, May C, Finch T, Mair F. Telemedicine and clinical governance: controlling technology, containing knowledge. In Gray A, Harrison S (eds). *Governing Medicine: Theory and Practice and Prospects*. London: Open University Press; 2004. pp. 107-21.
- Faulkner A. *Medical Technology into healthcare and society: a sociology of devices, innovation, and governance*. 1ªedition. London: Palgrave Macmillan UK; 2009.
- Conrad P. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav*. 2005 Mar [access in date unknow];46(1):3-14. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15869117> DOI: 10.1177/002214650504600102 In: Pubmed; PMID: 15869117
- Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *Physis*. 1991;1(1):77-96.
- Ferraz F, Vendruscolo C, Kleba ME, do Prado ML, Reibnitz KS. Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. *O Mundo da Saúde*. 2012;36(3):482-93.

19. Iwaya LH, Gomes MA, Simplício MA, Carvalho TC, Dominicini CK, Sakuragui R R, Rebelo MS, Gutierrez MA, Näslund M, Håkansson P. Mobile health in emerging countries: a survey of research initiatives in Brazil. *Int J Med Inform.* 2013 May [access in date unknow];82(5):283-98. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410658> DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2013.01.003. Epub 2013 Feb 12. In: Pubmed; PMID: 23410658
20. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
21. Ministério da Saúde (BR). Pólos de Educação Permanente em Saúde: Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
22. Machado FSN, Pinto de Carvalho MA, Mataresi A, Mendonça AT, Cardoso LM, Yogi MS, Rigato HM, Salazar M. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(1):247-54.
23. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011 May 21 [access in date unknow];377(9779):1778-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655> Epub 2011 May 9. In: Pubmed; PMID: 21561655
24. Piola SF, Vianna SM, Marinho A, Carvalho D, Ribeiro JA, da Silva JR. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde. Brasília: Cepal. 2009
25. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. pp. 336-337.
26. Silva AB, Moraes IHS. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. *Physis.* 2012;22(3):1211-35.
27. Rezende EJC, Melo MCB, Tavares EC, Santos AF, Souza C. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;28(1):58-65.
28. Ministério da Saúde (BR). Manual de Telessaúde para Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
29. Cicourel AV. The Integration of Distributed Knowledge in Collaborative Medical Diagnosis. In Galegher J, Kraut RE, Egido C (eds). *Intellectual Teamwork. Social and Technological Foundations of Co-operative Work.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1990. p. 552
30. Atkinson P. *Medical talk and medical work.* 1 edition. London: Sage Publications (CA); 1995.
31. Rjani R, Perry M. The reality of medical work: The case for a new perspective on telemedicine. *Virtual Reality.* 1999 December;4(4):243-9
32. Feuerwerker L. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Rev Bras Educ Méd.* 2007 Jab/Apr;31(1):3-4.
33. Pickstone J. *Ways of Knowing: A New Science of Technology, Technology and Medicine.* 1ª edition. Manchester: Manchester University Press; 2000.
34. Knight N, (1986). The New Light: X-rays and Medical Futurism. In Corn JJ, (eds). *Imagining Tomorrow: history, technology, and the American future.* Cambridge, MA: MIT Press; 1986. p.10-30.
35. Blume S. The Rhetoric and Counter Rhetoric of a "Bionic" Technology. *Science, Technology and Human Values.* 1997 Winter;22(1):31-56.
36. Richards T, Montori MV, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. Patients can improve healthcare: it's time to take partnership seriously. *BMJ.* 2013 May 14 [access in date unknow];346:f2614. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23674136> DOI: 10.1136/bmj.f2614. In: Pubmed; PMID: 23674136

Indicación de responsabilidad: Todos los autores participaron en todas las fases del artículo.

Financiación: Incentivo propio.

Conflicto de interés: Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Cómo citar esse artículo: Botrugno C, Goldim JR, Fernandes MS. El telesalud Brasil redes: Un sistema tecnológico "socialmente comprometido". Latin Am J telehealth, Belo Horizonte, 2019; 6 (1): 051- 058. ISSN: 2175_2990.