



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Cruz, Andrey Oliveira da; Oliveira, Jene Greyce Souza de
Ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde
Revista Bioética, vol. 29, núm. 4, 2021, Octubre-Diciembre, pp. 844-854
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294518>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570655019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Ética y bioética en la telemedicina en la atención primaria de salud

Andrey Oliveira da Cruz¹, Jene Greyce Souza de Oliveira²

1. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. 2. Universidade Federal do Acre, Rio Branco/AC, Brasil.

Resumen

La telemedicina en la atención primaria de salud a través del Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes aparece como una herramienta tecnológica para apoyar a los profesionales de la salud en el seguimiento de los pacientes del sistema único de salud. Este trabajo relata la experiencia sobre el uso del programa en atención primaria y discute las implicaciones éticas y bioéticas involucradas en la adhesión obligatoria del programa al sistema regulatorio local para reducir las colas de derivación y organizar el acceso a servicios especializados. Se identificaron dificultades de acceso de los usuarios a la atención de salud especializada, limitaciones a la autonomía médica y conflictos en la relación médico-paciente. El uso de la telemedicina en la atención primaria presenta diferentes matices éticos y bioéticos, que necesitan ser analizados, y carece de legislación y normas propias; con el fin de garantizar los derechos de los pacientes y valorar la relación médico-paciente, así como el trabajo del profesional médico que actúa en la puerta de entrada del sistema único de salud.

Palabras clave: Telemedicina. Atención primaria de salud. Bioética.

Resumo

Ética e bioética em telemedicina na atenção primária à saúde

A telemedicina na atenção primária à saúde por meio do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes surge como uma ferramenta tecnológica de apoio a profissionais de saúde no seguimento de pacientes do Sistema Único de Saúde. Neste trabalho relata-se a experiência sobre o uso do programa na atenção primária e discutem-se as implicações éticas e bioéticas envolvidas na adesão obrigatória do programa ao sistema de regulação local para diminuir filas de encaminhamentos e organizar o acesso aos serviços especializados. Identificaram-se dificuldades de acesso do usuário à assistência em saúde especializada, limitações à autonomia médica e conflitos na relação médico-paciente. O uso da telemedicina na atenção primária apresenta diferentes nuances éticas e bioéticas, que necessitam ser analisadas, e carece de legislação própria e normas, de modo a assegurar os direitos dos pacientes e valorizar a relação médico-paciente, assim como o trabalho do profissional médico que atua na porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Telemedicina. Atenção primária à saúde. Bioética.

Abstract

Ethics and bioethics in telemedicine in primary health care

Telemedicine in primary health care through the National Telehealth Brazil Networks Program emerged as a technological tool to support health professionals in the follow-up of patients in the Unified Health System. This paper reports the experience of using the program in primary care and discusses the ethical and bioethical implications involved in the mandatory adherence of the program to the local regulatory system to reduce referral queues and organize access to specialized services. Difficulties in user access to specialized health care, limitations to medical autonomy and conflicts in the doctor-patient relationship were identified. The use of telemedicine in primary care presents different ethical and bioethical aspects that need to be analyzed. In addition, it lacks its own legislation and standards to ensure the rights of patients and value the doctor-patient relationship, as well as the work of the medical professional who works at the Unified Health System gateway.

Keywords: Telemedicine. Primary health care. Bioethics.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La Ley 8.080/1990¹ establece el Sistema Único de Salud Brasileño (SUS) y define sus directrices operativas, como la organización de redes de acciones y servicios de salud; especialmente en lo que respecta a la organización institucional y la integración en el llamado pacto federativo para la consolidación del SUS.

Con el avance de la consolidación del SUS, el Ministerio de Salud publicó la ordenanza 4.279/2010, que establece las directrices para la organización de la Red de Atención a la Salud (RAS). Según el texto, RAS se define como *los arreglos organizativos de las acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas, que se integran a través de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión. Buscan asegurar la integralidad del cuidado*², teniendo como objetivo *fomentar la integración sistémica de las acciones y servicios de salud con la prestación de atención continua, integral, de calidad, responsable y humanizada, así como aumentar el desempeño del sistema, en términos de acceso, equidad, eficacia clínica y de salud; y eficiencia económica*².

La base principal de RAS es la comprensión de la atención primaria de salud (APS) como el primer nivel de atención para resolver los problemas de salud más comunes y realizar la llamada “coordinación de la atención”. Así, la APS se enfoca en las necesidades de salud de la población, la responsabilización continua e integral, la atención multiprofesional, la longitudinalidad y el compartir objetivos y compromisos con resultados de salud y económicos^{2,3}.

Se entiende como coordinación a la *capacidad de los proveedores de atención primaria para coordinar el uso de los servicios en el territorio y en otros niveles de atención para resolver necesidades menos frecuentes y más complejas y garantizar la continuidad de la atención*⁴. Esto está relacionado con la continuidad de la asistencia entre profesionales y servicios de salud, el seguimiento de casos clínicos a través de herramientas de información y la existencia de referencias/flujos entre servicios⁵.

Para que el SUS asegure la resolutiveidad en la red asistencial, algunos fundamentos deben ser considerados, como economía de escala y calidad de los recursos; integración vertical y horizontal; procesos de reemplazo; región o cobertura de salud y niveles de atención². En ese sentido, se implementaron estrategias con el objetivo de fortalecer el pacto de salud y las políticas nacionales vigentes.

El primero de ellos, el servicio de telesalud surge como una propuesta para el desarrollo de los sistemas logísticos y de apoyo del RAS, con el objetivo de asistir a los profesionales de la salud de la “segunda opinión formativa”². En 2006, el proyecto Nacional de Telesalud comenzó como piloto para apoyar la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en nueve estados brasileños^{6,7}.

En un primer momento, se establecieron centros de telesalud en universidades públicas, con la responsabilidad de desplegar otros puntos estatales y calificar a aproximadamente 2,700 equipos de ESF en todo el territorio nacional. El objetivo fue mejorar la calidad de la atención en la APS, reducir los costos y el tiempo de viaje, fijar a los profesionales de salud en lugares de difícil acceso, agilizar la atención y optimizar los recursos dentro del SUS⁶.

Mediante Ordenanza 2.546/2011⁸, el MS amplía el programa, llamándolo el programa nacional de telesalud Brasil Redes (TBR), y reorganiza la prestación de servicios del proyecto, que comienza a proporcionar a los profesionales y trabajadores del RAS los siguientes servicios:

- Teleconsultorio: consulta registrada y realizada entre profesionales y directivos de la salud para aclarar dudas sobre procedimientos clínicos;
- Tlediagnóstico: uso de tecnologías de la información para el apoyo diagnóstico;
- Segunda opinión formativa: respuesta sistematizada basada en la mejor evidencia científica y clínica a preguntas provenientes de teleconsultas;
- Teleeducación: conferencias, clases y cursos en el ámbito de la Salud.

La misma ordenanza también define como competencia del núcleo técnico-científico del programa la articulación del TBR con la creación de protocolos de acceso que incluyen la solicitud previa de teleconsultas sobre procedimientos, evaluación de la necesidad de remisiones o solicitudes a la central de regulación médica de urgencias⁸.

En esta línea de entendimiento, el gobierno federal consolida el interés de entrar en una asociación íntima del programa con el proceso de regulación de vacantes y servicios especializados en el SUS, según lo previsto en el Decreto 9.795/2019⁹. La ordenanza define como función del departamento de salud digital la estimulación de actividades y estrategias de apoyo asistencial en el SUS para el fortalecimiento, integración y regulación clínica en las redes asistenciales de salud.

El desarrollo y uso de tecnologías en salud ha sido objeto de monitoreo desde hace algún tiempo por el Consejo Federal de Medicina (CFM). A través de la resolución CFM 1.643/2002, la entidad reconoce la telemedicina como *el ejercicio de la medicina mediante el uso de metodologías interactivas de comunicación audiovisual y datos, con el objetivo de la asistencia, educación e investigación en materia de Salud*¹⁰. Sin embargo, esa resolución no menciona directamente el término “telesalud”.

Con la resolución CFM 2.227/2018, se propuso actualizar la resolución sobre telemedicina¹¹ la teleconsultas fueron reconocidas como un acto de consulta mediada con el fin de aclarar dudas sobre procedimientos, acciones de salud y cuestiones relacionadas con el proceso de trabajo. Además, se introdujo el concepto de teleinterconsulta como un intercambio de información y opiniones entre Médicos, con o sin la presencia del paciente, para asistencia diagnóstica o terapéutica, clínica o quirúrgica. Ambas actualizaciones son aplicables a la realidad del programa TBR⁸.

Sin embargo, la resolución generó un gran número de propuestas de cambios en relación con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para la práctica de la telemedicina y la telesalud. Esto planteó preguntas éticas y bioéticas con respuestas indefinidas, incluyendo la interacción entre la nueva regulación y los servicios de telemedicina públicos y privados existentes y las nuevas propuestas para su uso en el escenario de salud brasileño. Por esta razón, el CFM revocó la resolución CFM 2.227/2018 y estableció expresamente la validez de la resolución anterior, con el fin de proporcionar mayores estudios y buscar contribuciones de entidades, profesionales médicos y la sociedad en general¹².

En 2020, debido a una situación de calamidad pública debido a la pandemia del nuevo coronavirus (Sars-CoV2), el CFM autorizó, con carácter excepcional y durante la duración de la pandemia, el uso de la telemedicina, además de lo dispuesto en la resolución original a través de teleorientación, telemonitorización y teleinterconsulta¹³. En la misma línea, el Congreso Nacional aprobó la Ley 13.989/2020, que prevé el uso de la telemedicina durante la pandemia de covid-19, reforzando la responsabilidad del CFM de regular la telemedicina tras el periodo de lucha contra el coronavirus¹⁴.

El centro de telesalud de Santa Catarina (Telessaúde SC) desde 2009 ofrece teleconsulta a los profesionales de la APS. Sin embargo, incluso con la divulgación en órganos colegiados y directrices de gestión, el servicio fue poco utilizado, con datos que indican baja resolución en APS y exceso de remisiones a especialidades¹⁵. En este contexto, telesalud SC implementó, en 2014, las primeras acciones sistematizadas de apoyo a los centros reguladores en el estado y municipios, a través de talleres y discusiones técnicas sobre flujos de remisión y teleconsultas realizadas por especialistas focales^{15,16}.

El establecimiento de un flujo obligatorio con el uso de teleconsulta para la remisión a otros niveles de atención es una decisión de la administración. A pesar de ello, la teleconsulta se concibe como una estrategia de orientación y educación permanente: la obligación se refiere a la solicitud previa a la remisión, pero la decisión de proceder con el caso en la APS o de llevar a cabo la remisión a la atención especializada corresponde al médico tratante del apoyo recibido^{15,16}.

En un informe de análisis del TBR, se identificó que los impases de financiamiento y gestión se deben a la frágil institucionalización del TBR, con transferencias financieras intermitentes entre los núcleos, períodos sin fuentes de fondos, dificultad de interacción entre los directivos a nivel federal y falta de planificación integrada. Mientras que en el ámbito federal los administrativos devolvieron los números del TBR a los resultados e impactos en la atención primaria, a nivel local; en los centros, hubo un profundo interés en la formación profesional, con la búsqueda de la calificación de la atención primaria en el mediano y largo plazo y de una manera más sostenible, causando numerosas tensiones y choques de expectativas¹⁷.

En 2019, se publicó una carta informando el fin de las actividades del programa de telesalud SC, similar a la que ocurrió en otros centros de la federación. El cierre se debe a los cambios propuestos en el diseño lógico-estratégico del programa y cambios en la financiación del gobierno federal, con reordenamiento del alcance del programa y disminución de actividades¹⁸. A principios de 2021, el núcleo anunció el retorno de sus actividades, después de la reformulación del contrato y la financiación federal¹⁹.

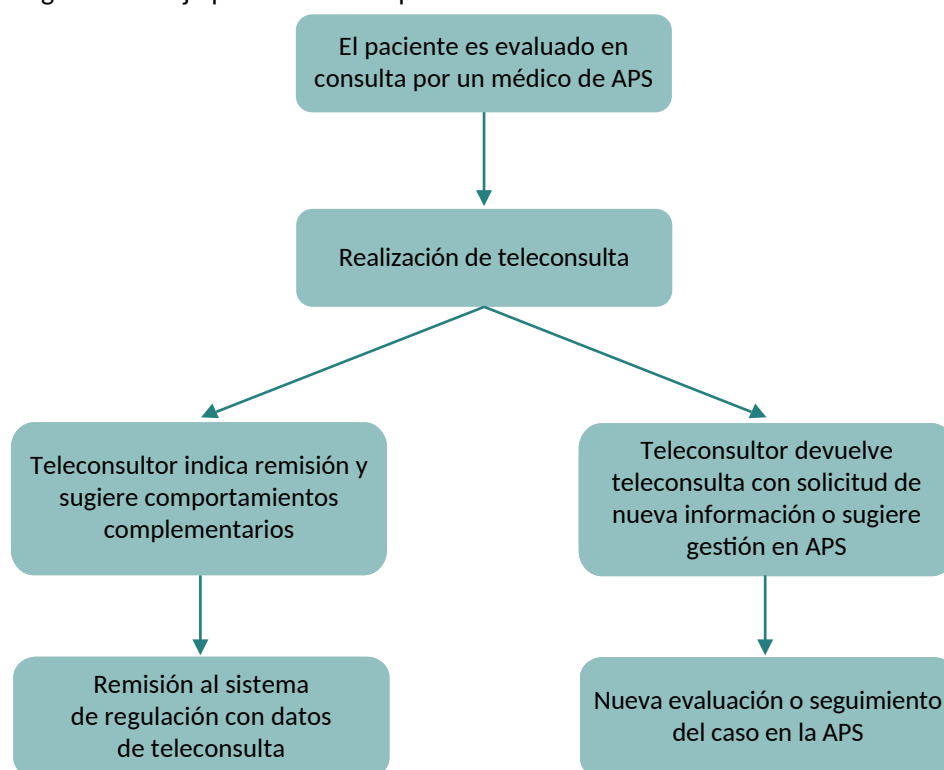
Informe de experiencia

En el estado de Santa Catarina, la obligación de llevar a cabo teleconsultas para seguir el flujo de remisiones a especialidades médicas fue definida por ordenanza de la comisión bipartidista Interadministrativos en 2016^{20,21}. En estas ordenanzas se definieron los criterios de evaluación de cada especialidad focal, así como la obligación de incluir el número y descripción de la teleconsulta en las remisiones realizadas por el médico tratante de la APS²².

El diagrama de flujo de remisiones a la atención especializada a nivel estatal (Figura 1) se definió a continuación mediante los siguientes pasos²²:

1. El paciente es evaluado por el médico tratante de la APS, lo que define la necesidad o no de evaluación por un médico de atención especializada. Si la remisión es necesaria, se debe realizar un proceso de teleconsulta en un entorno virtual con datos generales del paciente, especificaciones sobre el cuadro clínico, hipótesis diagnóstica o justificación clínica y resultados de exámenes, según protocolos de acceso propios. También debe incluir el nombre del profesional y el número del consejo profesional correspondiente y posibles dudas sobre la tramitación del caso;
2. El médico teleconsultor recibe la solicitud y formula la respuesta después del análisis, pudiendo: a) devolver la teleconsulta con información suficiente para el seguimiento del caso, cuando sea susceptible de resolución en la APS, proponiendo la posible atención; o B) indicar el seguimiento a nivel especializado, pudiendo ya realizar la clasificación para regulación del caso, según la necesidad, e indicar posibles conductas y exámenes a solicitar para agilizar el proceso de atención al paciente;
3. En caso de mantenimiento del interés de remisión, el médico tratante debe continuar el flujo de atención, ingresando el caso en el centro regulador con número y descripción de la teleconsulta, para que el médico regulatorio pueda dar la remisión adecuada al proceso.

Figura 1. Diagrama de flujo para atención especializada en Santa Catarina



APS: atención primaria de salud

Así, varios municipios con su propio sistema de regulación y servicios de atención especializada se adhirieron al sistema obligatorio de teleconsulta para la remisión a nivel municipal, haciendo uso de la misma plataforma de telesalud y diagrama de flujo de la atención.

Se trata de un relato de experiencia de un municipio de la región metropolitana de Florianópolis/SC que, a través de la instrucción normativa de la secretaría municipal de salud; determinó la implementación y regulación del flujo obligatorio de teleconsulta previa a la remisión ambulatoria para pacientes mayores de 15 años en especialidades ofrecidas en el propio servicio del municipio.

La instrucción también definió la obligación de revisar todas las remisiones a especialidades solicitadas antes de la publicación del documento. Así, las filas de remisiones fueron finalizadas y la regulación condicionada a la nueva teleconsulta, realizada por médicos de la APS; incluyendo los casos que esperaban en fila después de haber sido ya regulados con clasificaciones de alto riesgo y la obligación de incluir en la remisión la descripción completa de la respuesta del teleconsultor.

En ese contexto, los pacientes que habían estado esperando la evaluación con especialistas durante varios meses y que ya habían pasado por la consulta con el médico asistente de la APS y la evaluación del médico regulador tuvieron que buscar nuevos cuidados en la APS para la reevaluación, la realización de teleconsultas, la solicitud de nuevos exámenes y el reingreso en la fila del centro regulador. Además, se produjo un aumento considerable de la demanda de servicios de la puerta del sistema.

Por esta razón, este artículo propone discutir el uso de la telemedicina (teleconsulta) y sus impactos en la asociación directa a los sistemas de regulación de vacantes, con respecto al usuario y al médico en la APS. El foco orientador de la discusión son las implicaciones éticas y bioéticas de esta herramienta tecnológica en el cuidado de la salud.

Método

Se trata de una investigación exploratoria a través de una revisión narrativa de la literatura realizada entre noviembre de 2020 y febrero de 2021. Se buscaron estudios relacionados con el tema en las bases de datos Pubmed, SciELO y

Google académico utilizando operadores booleanos: 1) “telemedicina and atención primaria de salud” and “bioética or ética”; 2) “telemedicina or telerregulación” and “atención primaria de salud” and “bioética or ética” y 3) “autonomía profesional and telemedicina and bioética”.

Se seleccionaron obras en portugués e inglés, con 15 artículos publicados en periódicos; seis leyes; cuatro ordenanzas; tres resoluciones del CFM; tres opiniones-consulta con los consejos médicos regionales; tres informes técnicos; tres sitios electrónicos; dos decretos; una carta; una declaración; una tesis; un capítulo de libro; un oficio del CFM, y el Código de Ética Médica. (CEM).

Resultados y discusión

La telemedicina es un área de conocimiento y producción de conocimiento relativamente nueva, en constante actualización y avance, siendo objeto de estudio por investigadores de todo el mundo. Algunos autores señalan como ventajas en el uso de la telemedicina la mejora del acceso a la información para los profesionales de la salud y los pacientes; la prestación de atención remota para suplir las deficiencias locales de pocos recursos y falta de asistencia; la mejora del seguimiento en la atención de salud, y la reducción de los costos de atención, entre otras^{23,24}.

A pesar de los beneficios considerados significativos, las desventajas pueden ser citadas como las posibilidades de daño en la relación médico-paciente, debido a la distancia; dificultades organizativas y burocráticas relacionadas con la infraestructura, regulaciones y pagos por servicios; riesgo inherente al secreto de la atención médica y almacenamiento de datos, y la falta de regulación adecuada sobre el tema, trayendo inseguridad a los usuarios y, especialmente, a los profesionales de la salud^{23,25}. Ante esto, podemos plantear algunas cuestiones éticas y bioéticas involucradas en la práctica de la telesalud.

Riesgos para el secreto profesional y el almacenamiento de datos

El secreto profesional es uno de los pilares de la relación médico-paciente, regla de orden milenaria normalizada desde el juramento de Hipócrates²⁶.

En cuanto al secreto de la información, la telesalud propone el uso de una plataforma virtual propia con almacenamiento de datos en la que, en general, se presenta el intercambio de información sobre el paciente entre los profesionales médicos. En esta situación, la normativa que rige el CEM se aplica a ambos profesionales: médico tratante y médico teleconsultor.

El aspecto ético relacionado con el secreto, la confidencialidad y la privacidad de la información está definido en todo el CEM. Ya en sus principios fundamentales, el documento define que *el médico mantendrá secreta la información de la que tenga conocimiento en el desempeño de sus funciones*²⁷. El artículo 73, a su vez, prohíbe al médico revelar el hecho de que tiene conocimiento en virtud del ejercicio de su profesión sin el consentimiento del paciente; el artículo 75 prohíbe la referencia a casos clínicos identificables, y el art. 85 prohíbe el manejo y conocimiento de los historias médicos por personas no obligadas al secreto profesional cuando estén bajo su responsabilidad.

El artículo 154 del código penal establece que: *revelar un secreto sin causa justa de que tenga conocimiento por razón de su función, ministerio, oficio o profesión, y cuya revelación pueda causar daño a otra persona, puede ocasionar una pena de prisión de tres meses a un año o una multa*²⁸. Además, en el párrafo A del mismo artículo se define como crimen *invadir un dispositivo informático ajeno, conectado o no a la red informática, por incumplimiento indebido del mecanismo de seguridad y con el fin de obtener, manipular o destruir datos o información sin la autorización expresa o tácita del titular del dispositivo o instalar vulnerabilidades para obtener una ventaja ilícita*²⁸, con detención de tres meses a un año y multa.

La *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH)²⁹ en general, contempla cuestiones éticas relacionadas con las tecnologías asociadas aplicadas a los seres humanos. Según DUBDH, esas tecnologías debían utilizarse de manera que se salvaguardara la dignidad humana y se protegieran los derechos individuales en términos de acceso equitativo a los avances médicos, científicos y tecnológicos; la difusión más amplia posible, el rápido intercambio de conocimientos relacionados con esas tecnologías y la participación de los beneficios, teniendo en cuenta la necesidad particular de los países en desarrollo.

En relación con el secreto médico y el almacenamiento de datos²⁹, la DUBDH define en su artículo 4° que los beneficios para el paciente, directos e indirectos, derivados del uso de la telemedicina deben ser maximizados y cualquier posible daño minimizado. Por lo tanto, se debe respetar la privacidad de los usuarios del sistema de salud involucrados y la confidencialidad de su información, *con el máximo esfuerzo posible de protección, y dicha información no se utilizará ni divulgará para fines distintos de aquellos para los que fue recopilada o consentida, de conformidad con el derecho internacional, en particular las normas internacionales de derechos humanos*²⁹.

En el contexto de la seguridad de los datos en la práctica de la telemedicina, la Asociación Médica Mundial define, en su posición con respecto a la ética en la telemedicina³⁰, que los médicos deben garantizar la confidencialidad, privacidad e integridad de la información del paciente de acuerdo con la legislación local. A pesar de esto, investigadores de todo el mundo señalan que la legislación en torno a la seguridad de los datos a través de la telemedicina sigue siendo escasa, con importantes diferencias entre ubicaciones y dificultades para unificar la seguridad y compartir servicios^{31,32}.

Rogozia y colaboradores³³ plantean la discusión sobre la confidencialidad y la telemedicina en la visión de los estudiantes de medicina, teniendo como principales preocupaciones: el respeto a los derechos de los pacientes en un intento de asegurar que solo el equipo de salud involucrado en el tratamiento tenga acceso a la información del paciente; la dificultad para garantizar la seguridad de la información transmitida, y cuestiones relacionadas con la gestión de datos y el respeto a la confidencialidad también por parte del profesional que recibe los datos involucrados en la telemedicina.

En Brasil, donde los parámetros definitorios del intercambio de datos están regulados a través de ordenanzas, reglamentos y notas técnicas de diferentes organismos gubernamentales, sin unificación en una legislación específica, la situación de la seguridad de datos en telemedicina no es diferente³⁴. La mencionada aprobación de una ley propia que autoriza el uso de la telemedicina durante la crisis de salud pública del nuevo coronavirus no especifica cuestiones inherentes a la gestión de datos, la seguridad de la confidencialidad del paciente u otras recomendaciones sobre el tema¹⁴.

Existe consenso en que la práctica de la telemedicina debe estar atenta a la ley general de protección de datos (Ley 3.709/2018³⁵), aunque no trata específicamente del tema. Por lo tanto, los datos personales obtenidos durante la consulta deben protegerse para evitar el acceso no autorizado, con un almacenamiento seguro de la base de datos y la conciencia de los equipos de trabajo de salud para evitar vulnerabilidades.

Autonomía médica y relación médico-paciente

La autonomía médica a menudo se incluye en la discusión sobre la telemedicina. El CEM²⁷ refuerza, como principio fundamental, que el médico ejercerá su profesión con autonomía, no pueden renunciar a su libertad profesional ni permitir restricciones que puedan menoscabar la eficiencia de su trabajo.

La autonomía médica se puede definir entonces como la libertad del profesional médico para actuar por la salud del paciente basado en el interés del paciente, sin interferencia³⁶. En el contexto de la telesalud, la autonomía del médico tratante se confronta con la obligación de ponerse de acuerdo para discutir los casos y recibir orientación de otro profesional considerado con mayor *experiencia* en un determinado tema para que se ofrezcan ciertas conductas al paciente³⁷.

La teleconsulta –que inicialmente asumiría un carácter orientador y educativo– se confunde con las actividades regulatorias y el acceso a otros niveles de atención. Así, en otra situación, la limitación de la autonomía médica se agrava cuando las medidas de manejo condicionan la aceptación o aprobación de un médico teleconsultor para el seguimiento del caso de ciertos pacientes por parte del médico tratante.

En este sentido, es necesario preguntarse cuáles son los niveles de responsabilidad de cada profesional en la atención al paciente: ¿se priorizará la evaluación del médico tratante, generalmente en la atención cara a cara al paciente, pero sin el conocimiento especializado sobre un tema en particular, o la evaluación del médico teleconsultor, comúnmente especialista, pero sin la experiencia y evaluación de la consulta presencial?

Aún en ese contexto, es prácticamente imposible hablar de autonomía médica sin asociarla a

la autonomía del paciente, ya que la continuación del cuidado está condicionada a la participación de otros profesionales. Incluso en estas situaciones, se enfatiza la importancia de la comprensión plena del paciente y su consentimiento –no solo el consentimiento– en el uso del proceso de telesalud para el manejo clínico³⁷.

Laskowski y Lyons³⁸ argumentan que el establecimiento de protocolos clínicos y de remisiones tiene efectos favorables para médicos y pacientes, ya que, cuando están bien desarrollados, tienden a mejorar el servicio de atención prestado al paciente y facilitar el seguimiento de la práctica clínica de acuerdo con la mejor evidencia. Del mismo modo, el exceso de confianza y el establecimiento de protocolos demasiado estrictos pueden eclipsar aspectos únicos de la relación médico-paciente y las necesidades individuales.

Aunque no existe una opinión unificada del CFM sobre el tema, algunos consejos regionales han definido sus propias directrices sobre la autonomía médica y las teleconsultas³⁹⁻⁴¹. Con el fin de reconocer el carácter ético de la teleconsulta como la gestión de los recursos del sistema de salud^{40,41}, las opiniones también prescriben el respeto por la autonomía del médico tratante; esto generalmente en la APS, en la definición de su conducta de manera segura, incluso en desacuerdo con la orientación del especialista de teleconsulta⁴¹.

Conflictos entre telesalud y sistemas regulatorios

Tema de discusión importante, la teleconsulta y la telemedicina en la práctica de la salud pública adquieren un carácter diferenciado cuando están estrechamente asociadas a los procesos adecuados de regulación entre los niveles de atención, según lo previsto en la legislación^{8,9}. Para comprender los conflictos entre la práctica de la telesalud y los sistemas regulatorios, es necesario rescatar la historia de la TBR en Brasil; con el inicio de la discusión sobre una propuesta nacional de telemedicina y, posteriormente, de telesalud, a partir de los problemas identificados en el entorno de los profesionales de la salud en ciudades alejadas del país⁴².

Después del mapeo inicial de los proyectos brasileños de telemedicina, se encontró que estos estaban aislados y diversificados. Con el tiempo, los debates se ampliaron en la gestión colegiada

del SUS, con la intención de avanzar en un proceso nacional de integración entre la enseñanza y el servicio, incluyendo proyectos de teleeducación, temas de notificación y diagnóstico remoto y, sobre todo, acciones educativas para la calificación y el desarrollo de innovaciones en la APS^{17,42}.

A partir de la unión de las actividades de tele-salud con los procesos y sistemas regulatorios del SUS, algunos temas bioéticos fueron puestos a discusión bilateralmente. La asociación de la teleconsulta con los sistemas regulatorios es una estrategia importante para aumentar el uso del programa por parte de los equipos de salud, calificar la atención en la atención primaria y reducir las remisiones innecesarias, fortaleciendo la resolutivez en el nivel primario. Sin embargo, el riesgo de causar resistencia en los equipos de salud se mantiene debido a la obligación de teleconsulta en el flujo de remisiones, con la reducción de remisiones necesarias o el uso de vías informales⁴².

La sofisticación y el mejoramiento tecnológico en los servicios de salud han sido motivaciones evidentes para el desarrollo de la bioética. Además, estos avances exponen diferencias cruciales entre los servicios de atención primaria y especializada en cuanto a los niveles de autonomía del paciente, participación familiar, longitudinalidad y varios otros factores que influyen directamente en el análisis bioético de los escenarios⁴³.

La remisión de pacientes y la regulación de los servicios son objeto de estudio de varios investigadores sobre los obstáculos del sistema de salud⁴³⁻⁴⁵. Cuestiones tales como la demora en la programación y las referencias, la desorganización del complejo normativo y la falta de recursos humanos capacitados para satisfacer las demandas del sistema son ejemplos de las dificultades encontradas en el proceso de referencias entre los niveles de atención⁴⁴.

En la línea asistencial, la remisión médica asume un carácter puramente burocrático y menos decisivo para el proceso de Promoción de la Salud, distanciándose del actor central en el cuidado: el paciente⁴⁴. En un análisis amplio sobre la remisión como conducta médica, se percibe también la dinámica de las relaciones interpersonales e interprofesionales que envuelven el proceso. Un ejemplo de ello es el mantenimiento de relaciones verticalizadas entre equipos de salud y gestores,

generalmente en comportamientos autoritarios, directivos, jerárquicos y burocráticos⁴⁴.

La discusión de la autonomía profesional se vuelve cada vez más importante en casos como el presentado aquí, en los que el establecimiento de directrices de la asistencia forzó una nueva configuración de las filas regulatorias. Esto no tuvo en cuenta el trabajo previo realizado por los médicos de la APS, tomando tiempo importante para el acompañamiento y seguimiento de los pacientes y condicionando el progreso de los casos ya identificados a nuevas evaluaciones: presenciales y por teleconsulta.

También es necesario cuestionar los objetivos de la teleconsulta obligatoria en un diagrama de flujo regulatorio: aunque es una oferta de educación permanente y una oportunidad para apoyar a los profesionales, existe un gran riesgo de convertirse en un procedimiento puramente burocrático y menos educativo cuando está estrechamente asociado con el proceso regulatorio.

Consideraciones finales

El uso de la telemedicina en la APS aporta numerosos beneficios para la prestación de servicios y la expansión de la atención de la salud, especialmente en regiones distantes de los servicios de referencia especializados, en forma de telesalud y teleconsulta. Sin embargo, es importante observar las cuestiones éticas y bioéticas inherentes a cada nivel de atención del SUS y aspectos como la longitudinalidad, la relación médico-paciente-comunidad y el trabajo como puerta de entrada a la APS.

El uso de la telesalud y la teleconsulta en la atención primaria debe orientarse por objetivos de formación, con el fin de cualificar el servicio de salud y mejorar la práctica clínica. Asimismo, es necesario asegurar la autonomía del médico tratante en cuanto a la definición de conductas y seguimiento, junto con el paciente, respetando así los principios bioéticos globales.

Es importante desarrollar una legislación propia que aborde el tema de la telemedicina y sus matices de aplicación en el SUS. Del mismo modo, se espera que el consejo de clase promueva acciones que regulen y estandaricen las prácticas de los profesionales médicos en el uso ético de la telemedicina.

Referencias

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 19 set 1990 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3qSqxTY>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2010 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3HvFf9t>
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: Unesco; 2002 [acesso 12 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3DtliNX>
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012 [acesso 12 fev 2021]. p. 493-546. Disponível: <https://bit.ly/3qLyPwP>
5. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [acesso 12 fev 2021];26(2):286-98. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000200008
6. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Centro de Telessaúde [Internet]. 2006 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3nrNxqP>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2007 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3r3Dhrd>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 2011 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3HxPCKO>
9. Brasil. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 20 maio 2019 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3ns7Vlj>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.643/2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 26 ago 2002 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3wY2e8c>
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.227/2018. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias [Internet]. Brasília, 6 fev 2018 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/32dpbch>
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.228/2019. Revoga a Resolução CFM nº 2.227, publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p.58, a qual define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 205, 6 mar 2019 [acesso 26 jan 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/30GhNpo>
13. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM nº 1756/2020 – COJUR [Internet]. Brasília: CFM; 2020 [acesso em 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3wX1WhZ>
14. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 20 ago 2020 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3HJRDD1>
15. Maeyama MA, Calvo MCM. A integração do telessaúde nas centrais de regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2018 [acesso 26 jan 2021];42(2):62-72. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n2rb20170125

16. Cortese M, Nilson LG, Maeyama MA, Leopoldo KCG, Silva TE, Calvo MCM. Avanço da teleconsultoria no estado de Santa Catarina: uma parceria da regulação do estado com o núcleo telessaúde. *Revista Catarinense de Saúde da Família* [Internet]. 2017 [acesso 26 jan 2021];7(14):6-10. Disponível: <https://bit.ly/3nsaOZF>
17. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Programa Telessaúde Brasil Redes: relatório análise de implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3qOkobB>
18. Calvo MCM. Carta sobre o encerramento das atividades do núcleo de telessaúde da UFSC. Telessaúde Santa Catarina [Internet]. 2020 [acesso 25 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3oi4IZV>
19. Telessaúde UFSC retomará a oferta de serviços em 2021. Telessaúde Santa Catarina [Internet]. 2020 [acesso em 25 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3kP23qP>
20. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB/SC nº 047, de 31 de março de 2016. Regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação – SISREG em Santa Catarina [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3FqjGFk>
21. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB/SC nº 142, de 23 de junho de 2016. Aprova a utilização da teleconsultoria pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial (Cera), em que previamente ao encaminhamento ambulatorial para a especialidade, seja realizada de forma compulsória à teleconsultoria clínica [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 23 jun 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3wVgcl0>
22. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Deliberação CIB/SC nº 230, de 8 de dezembro de 2016. Aprova os protocolos de acesso a serem utilizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 8 dez 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3DpEsnY>
23. Hjelm NM. Benefits and drawbacks of telemedicine. *J Telemed Telecare* [Internet]. 2005 [acesso 26 jan 2021];11(2):60-70. DOI: 10.1258/1357633053499886
24. Carpinteiro ERJ, Tavares EC, Souza DC, Pereira AC, Figueiredo RR, Figueiredo RR, Melo MCB. Benefits in using the telehealth: a necessary reflection. *Latin Am J Telehealth* [Internet]. 2016 [acesso 26 jan 2021];3(2):175-82. Disponível: <https://bit.ly/3cFaVet>
25. Lopes MACQ, Oliveira GMM, Amaral A Jr, Pereira ESB. Window to the future or door to chaos? *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [acesso 26 jan 2021];112(4):461-5. DOI: 10.5935/abc.20190056
26. Tomanik JP. Juramento de Hipócrates. *Revista da APM* [Internet]. 2009 [acesso 26 jan 2021];1(198):1-4. Disponível: <https://bit.ly/3HxCX9E>
27. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 26 jan 2021]. p. 16. Disponível: <https://bit.ly/2YX9oNm>
28. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848/1940. Código penal. *Diário Oficial da União* [Internet]. Rio de Janeiro, 31 dez 1940 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3DxqAlg>
29. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Genebra: Unesco; 2005 [acesso 25 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3qPriXg>
30. WMA statement on the ethics of telemedicine. World Medical Association [Internet]. 2020 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3oE5Lou>
31. European Commission. Study on big data in public health, telemedicine and healthcare [Internet]. Brussels: European Commission; 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/30DeRJT>
32. Nittari G, Khuman R, Baldoni S, Pallotta G, Battineni G, Sirignano A *et al.* Telemedicine practice: review of the current ethical and legal challenges. *Telemed J E Health* [Internet]. 2020 [acesso 26 jan 2021];26(12):1427-37. DOI: 10.1089/tmj.2019.0158
33. Rogozea L, Cristea L, Baritz M, Burtea V. Telemedicine and ethical dilemmas [Internet]. In: AIKED'09: Proceedings of the 8th WSEAS international conference on Artificial intelligence, knowledge engineering and data bases; 21-23 fev 2009; Cambridge. Cambridge: ACM Digital Library; 2009 [acesso 26 jan 2021]. p. 41-5. Disponível: <https://bit.ly/30ynu8V>

34. Maldonato JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 26 jan 2021];32(supl 2):e00155615. DOI: 10.1590/0102-311X00155615
35. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 15 ago 2018 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3oCBaaR>
36. Reams PN. The importance of medical autonomy. National Commission on Correctional Health Care [Internet]. 30 jun 2015 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3nuCio8>
37. Mourão NAL, Seidl EMF. Telessaúde com base na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: subsídios para a universalidade de acesso à saúde. *Latin Am J Telehealth* [Internet]. 2018 [acesso 26 jan 2021];5(3):219-28. DOI: 10.32443/2175-2990(2018)247
38. Laskowski RJ, Lyons J. Physician autonomy in the 21st century: decline, importance and response. *Del Med J* [Internet]. 2018 [acesso 26 jan 2021];90(1):12-9. Disponível: <https://bit.ly/3cmYluy>
39. Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo. Parecer-Consulta nº 10/2017. Adequação de atos médicos exercidos no âmbito de Programa de Telessaúde [Internet]. Vitória: CRM-ES; 2016 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3HChJrw>
40. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. Parecer nº 2616/2017. Autonomia do médico da estratégia saúde da família em encaminhar pacientes para especialidades focais após avaliação conjunta com o Telessaúde [Internet]. Curitiba: CRM-PR; 2017 [acesso 26 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3nsUiza>
41. Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. Parecer referente ao Processo-Consulta nº 2462/2016. Florianópolis: CRM-SC; 2016.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes: estudo de sociogênese [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso 12 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3qOkobB>
43. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso 26 jan 2021];20(6):1690-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000600028
44. Oliveira JGS. O acolhimento na assistência especializada no estado do Acre: micropolítica e produção do cuidado em saúde [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017 [acesso 26 jan 2021]. DOI: 10.11606/T.6.2017.tde-27062017-110416
45. Valadão PAS, Lins L, Carvalho FM. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipe de saúde da família. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 26 jan 2021];15(3):725-44. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00080

Andrey Oliveira da Cruz – Graduado – andreyocruz@gmail.com

 0000-0002-6452-7077

Jene Greyce Souza de Oliveira – Doctora – jene.oliveira@ufac.br

 0000-0001-9274-7053

Correspondencia

Andrey Oliveira da Cruz – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390, Centro CEP 88015-130. Florianópolis/SC, Brasil.

Participación de los autores

Ambos autores colaboraron en la revisión bibliográfica. Andrey Oliveira da Cruz redactó el manuscrito. Jene Greyce Souza de Oliveira realizó la revisión crítica del manuscrito.

Recibido: 2.2.2021

Revisado: 4.11.2021

Aprobado: 16.11.2021