

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2022-2023

Tesina para obtener el título de especialización en Ciencia, Tecnología y Sociedad

Análisis sociotécnico de la instauración de telemedicina durante la pandemia
en Ecuador

Samantha Analía Vasco Yánez

Tutor: Ángel Alonso Gutiérrez López

Lectora: Mónica Bustamante Salamanca

Quito, agosto de 2024

Dedicatoria

Quiero dedicar cada esfuerzo, cada paso trazado

y caminado a esa gran energía que se mueve dentro de mí, Dios y mi familia.

Índice de contenido

Resumen	6
Agradecimientos.....	7
Introducción	8
Capítulo 1.	17
1.1. Artefacto.....	17
1.2. Flexibilidad Interpretativa.....	17
1.3. Controversias.....	23
1.4. Clausura y estabilización.....	24
Conclusiones	25
Referencias	26

Lista de ilustraciones

Tablas

Tabla 1.1 Grupos Sociales relevantes	133
Tabla 1.2 Evolución relación médico – paciente – artefacto .	Error! Marcador no definido.1
Tabla 1.3 Alianza Sociotécnico, trayectoria sociotécnica.....	22

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Samantha Analía Vasco Yáñez, autor-a de la tesis titulada declaro que la obra “Análisis sociotécnico de la instauración de telemedicina, durante la pandemia en Ecuador” es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de especialista en Ciencia, Tecnología y Sociedad, concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, agosto de 2024



Firma

Samantha Analía Vasco Yáñez

Resumen

La telemedicina se encuentra en una posición intermedia entre la medicina y la tecnología, y se considera una disciplina científica. Ha alcanzado un nivel de madurez tecnológica, lo que ha generado la necesidad de avanzar en su implementación. Tanto los proveedores de tecnología como los usuarios, incluyendo pacientes y expertos médicos, demandan nuevos servicios de salud basados en la telemedicina. En la sociedad moderna, la ciencia y la tecnología son pilares fundamentales en la vida cultural, social y económica. Por otro lado, el aspecto material de la telemedicina comprende las herramientas y recursos que los científicos utilizan directamente en su trabajo, así como las instalaciones en las que se lleva a cabo esta actividad, como laboratorios, edificios y equipamiento. Por su parte, la tecnología abarca el ámbito social dedicado a transformar nuestro entorno, y sus usuarios son diversos. En la actualidad, nuestra vida cotidiana depende en gran medida de las herramientas tecnológicas, y resulta casi impensable encontrar una actividad material en la sociedad que no esté relacionada con la adquisición de conocimientos a través de la investigación, utilizando herramientas tecnológicas como medio para alcanzar determinados objetivos.

Palabras clave: telemedicina, análisis sociotécnico, salud, medicina, trayectoria.

Agradecimientos

Agradecer a la vida por darme la oportunidad de ser.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la telemedicina como la provisión de servicios de salud que se basa en tecnologías informáticas y permite superar las distancias físicas entre el proveedor de atención médica y el paciente. Su objetivo es brindar información efectiva para el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades. La telemedicina involucra el uso de herramientas informáticas, la capacitación continua de profesionales de la salud y actividades de investigación para mejorar la salud de las personas y las comunidades. Esta integración de tecnología, ciencia y salud en la telemedicina clínica ha fortalecido los lazos entre estos campos.

Sin embargo, la telemedicina no se limita únicamente a la transmisión de información de salud o la comunicación entre pacientes y médicos separados por la distancia. También se considera como un medio de comunicación, capacitación y consulta entre profesionales de la salud, tanto en entornos hospitalarios como en atención primaria. Esto permite una atención más integral y una formación continua para los profesionales. La telemedicina se puede entender desde tres dimensiones: las telecomunicaciones, la informática y los servicios médicos (Rabanales et al., 2011).

En el pasado, el acceso físico a un médico era fundamental en el campo de la medicina, ya que permitía abordar dolencias y proporcionar alivio a los pacientes. Sin embargo, con los avances tecnológicos como los radioteléfonos, la televisión, la tecnología de imágenes y los satélites, se dio paso a una nueva práctica médica que requería menos presencia física en el día a día. Aunque el concepto de telemedicina puede parecer novedoso, tiene una base histórica.

En el contexto de América Latina, Cuba es un ejemplo de país que, a pesar de tener diferencias políticas con sus países vecinos, ha experimentado avances en telemedicina desde la década de 1970. Se han utilizado señales transmitidas por teléfono y radio para obtener diagnósticos de mejor calidad a través de consultas de segunda opinión. En Cuba, se ha puesto un enfoque en la telemedicina, que incluye el telediagnóstico con el uso de imágenes equivalentes.

A partir de 1998, el Ministerio de Salud Pública de Cuba decidió colaborar con el grupo electrónico SIME en la implementación de la Red de Telediagnóstico del Sistema Nacional de Salud. Esta red recibió apoyo de INFOMED, la Red Telemática de Salud, y se creó un sistema de comunicación basado en sistemas informáticos para el intercambio de información. El proyecto fue puesto en marcha en ocho hospitales clínico-quirúrgicos y pediátricos públicos, así

como en hospitales de especialidades y laboratorios de investigación y desarrollo nacionales. Este proyecto se ha convertido en un modelo y referencia para otros países, pasando por varias fases de planificación, proyección y ejecución (Fernández y Hernández 2010, 4).

En contraste con el continente americano, en Europa cada vez más personas, tanto pacientes como profesionales de la salud, están utilizando de forma habitual los servicios de telemedicina. Un ejemplo de esto es la población de localidades andaluzas, donde evitan acudir a centros médicos especializados y reciben asesoramiento telefónico en sus propios hogares. Prácticamente todas las comunidades autónomas en Europa tienen experiencia y un creciente interés en la implementación de servicios basados en telemedicina, incluyendo el apoyo a servicios médicos en el mar (asistencia médica marítima) y a tropas desplegadas en misiones, como Afganistán, expandiendo así las fronteras de la telemedicina.

Hasta hace poco tiempo, la implementación de servicios de telemedicina tenía un enfoque exploratorio, guiado principalmente por las posibilidades tecnológicas. Estos proyectos piloto, en su mayoría de iniciativa individual, se basaban en la interconexión de un número limitado de entidades. Sin embargo, esto ha experimentado un cambio fundamental debido a una nueva generación de infraestructuras de telecomunicaciones y conectividad en red. Esto ha provocado una transformación en la organización y provisión de servicios de atención médica (Monteagudo, Serrano y Hernández 2005).

En nuestro país, se dio inicio a la implementación de la telemedicina en marzo de 2013, con el objetivo de expandir el programa a nivel nacional. Esta iniciativa fue llevada a cabo en colaboración con el Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, y abarcó varios aspectos relacionados con el diagnóstico, la cobertura y el tratamiento médico. En este contexto, se reconoce la importancia de la investigación de soluciones y se estableció el Plan Nacional de Telemedicina, el cual tiene como propósito respaldar al Sistema Nacional de Salud (SNS) y brindar servicios a toda la población ecuatoriana, e incluso a nivel mundial, con el objetivo de garantizar la igualdad, calidad y eficiencia en el sistema de salud. Los servicios de telemedicina incluyen consultas clínicas a distancia, tanto emergentes como no emergentes, así como programas de gestión, formación, consulta bibliográfica, promoción y prevención, investigación e interculturalidad. Estas iniciativas surgieron en respuesta a la necesidad de adaptar estas poderosas herramientas a nuestra realidad como país.

Desde ese momento inicial, se mantuvieron ciertas políticas en movimiento, pero fue con la llegada de la pandemia de COVID en marzo de 2019 cuando la necesidad impulsó una verdadera implementación de esta red. El régimen Nacional puso a disposición de la población una aplicación móvil como recurso tecnológico para promover las atenciones médicas durante la emergencia, permitir la evaluación de indicaciones relacionadas con el coronavirus en cuanto a medidas de aislamiento y control, así como informar a la ciudadanía. También se establecieron canales comunes para agendar citas médicas y se desarrolló una plataforma para la programación y seguimiento de citas relacionadas con la vacuna contra el coronavirus. Estas acciones constituyen un paso importante hacia la telemedicina y se presentan como un complemento en este camino (OIT, 2019).

En el artículo titulado "TELEMEDICINA EN TIEMPOS DE COVID-19, MÁS QUE UN MEDIO, UNA OPORTUNIDAD", se realizó un estudio de revisión bibliográfica de tipo descriptivo que concluye que la pandemia de Covid-19 ha provocado cambios en los procesos de atención médica en Ecuador. Aunque la telemedicina no fue una opción inmediata, se reconoce su potencial para continuar mejorando la salud de la población. El uso de dispositivos tecnológicos como teléfonos móviles, computadoras y otros dispositivos se ha incorporado en los servicios de atención primaria de salud como una forma de llegar a los pacientes. Sin embargo, aún queda trabajo por hacer para implementar la telemedicina en hospitales de niveles superiores y cerrar la brecha existente (Orquera, 2021).

Definición de la situación problemática

La atención primaria de salud en las zonas rurales de Ecuador se organiza mediante tres tipos de instituciones: centros (CS), subcentros (SC) y puestos de salud (PS). Los CS son las instituciones de mayor jerarquía y se ubican estratégicamente, al igual que los subcentros de salud que se encuentran en las cabezas cantonales. Estas instituciones están coordinadas a nivel zonal, distrital y nacional por el Ministerio de Salud Pública.

Bajo la supervisión del personal de salud, estas instalaciones han experimentado diversas ventajas en el desempeño de la salud y en la respuesta a la pandemia gracias a la telemedicina. Para casos relacionados con el coronavirus, se ha implementado un proceso que incluye seguimiento telefónico, guías clínicas, políticas de cobertura para exámenes diagnósticos, categorización en códigos para derivaciones y bases de datos de la red de laboratorios vinculados a la investigación sanitaria.

La telemedicina representa una herramienta valiosa para superar las barreras de acceso a servicios de salud de calidad, especialmente en zonas rurales o con capacidad resolutoria limitada. Ecuador enfrenta problemas en la prestación de servicios médicos, especialmente en unidades de salud alejadas o remotas, debido a la falta de especialistas, escasez de recursos y su centralización en ciudades como Quito, Cuenca o Guayaquil. Además, la diversidad geográfica y el confinamiento en unidades de salud remotas son desafíos adicionales.

Los trabajadores de la salud que brindan servicios en regiones remotas tienen menos acceso a programas de educación continua y actualización de guías y protocolos clínicos. La comunicación con sus colegas a menudo se realiza en áreas metropolitanas u otros territorios. Sin embargo, el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en Ecuador permite establecer un programa de salud que conecte las unidades de atención médica propias a través de líneas digitales en una red electrónica con telemedicina.

Un ejemplo de implementación exitosa de telemedicina se encuentra en el Hospital Docente Calderón de Quito, donde se ha atendido a pacientes referidos del Hospital Principal de Nangalito a través de un plan piloto iniciado en agosto de 2022. Esto ha sido posible gracias al apoyo de la vicepresidenta de la República y la contribución de una empresa privada que donó pantallas IdeaHub al hospital y a los Centros de Salud de Guayas y Pichincha. La telemedicina permite la conexión con instituciones de salud y especialistas de otras regiones, lo que mejora la atención y la calidad de vida de los pacientes.

La digitalización de la medicina está transformando la forma de comunicación dentro del sistema de salud, según Karla Flores, Subsecretaria de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud de la Vicepresidencia. La teleasistencia, centrada en el paciente, respalda una atención adecuada, optimiza los resultados de salud y está cambiando la forma en que nos comunicamos en el sistema de salud.

En cuanto al contexto cultural, según Dos Santos, Alaneir y Andrés Fernández en su texto "Desarrollo de la Telesalud en América Latina. Aspectos Conceptuales y Estado Actual" (2013), la ética y la moral están arraigadas en valores y costumbres hegemónicos que se desarrollaron a lo largo del tiempo. La perspectiva religiosa también influye en los valores morales de una sociedad. Las religiones pueden proporcionar un horizonte moral en términos de lo que se considera correcto, aunque los términos "ética" y "moral" tienen significados diferentes.

Un claro ejemplo de un salto en base a la necesidad en ese momento de aislamiento durante la pandemia fue adoptar los recursos tecnológicos alrededor de la educación por medio del e-learning, situación que se transportó al ámbito salud, mejorando la calidad de los servicios que se brindan y constituyó una excelente oportunidad para cualificarse como profesional médico. La historia clínica electrónica de un paciente es en este contexto se traduce como un depósito de datos e información sobre la salud de su titular. Todos los datos e información contenidos en la historia clínica electrónica de un paciente pertenecen únicamente al paciente. Los hospitales, clínicas, centros ambulatorios o clínicas privadas; solo funcionan como custodios de dicha información. La información y el conocimiento de estos datos debe estar restringido al profesional o profesionales de la atención al paciente (Dos Santos & Fernández, 2013).

La problemática ecuatoriana, forzó debates sobre aspectos éticos y jurisdiccionales que implican su aplicación desde una perspectiva global, centrados en las desigualdades sociales, mirando desde el privilegio en relación con el aislamiento, distanciamiento social, etc. Las posibilidades de intercambio de buenas prácticas en salud a nivel local, estatal e internacional se encuentran limitadas. Ante esta realidad, las organizaciones involucradas en asuntos de salud a nivel internacional deben articularse con los órganos responsables de la conducta de las profesiones de la salud para desarrollar políticas que viabilicen y legalicen todas las formas de intercambio en este campo. Los ministerios de salud y de relaciones exteriores de los países interesados también deberían participar en esta actividad. Se espera que de este entendimiento surja un ordenamiento jurídico acordado internacionalmente para legitimar la práctica de la telemedicina y la telesalud desde una perspectiva global (Dos Santos & Fernández, 2013).

Desde este contexto de áreas de intervención de CTS, se corresponde al ámbito de políticas orientadas a mejorar el bienestar en salud articuladas con políticas de ciencia y tecnología, los distintos modelos de participativos en un enfoque de co-diseño; la trayectoria sociotécnica aporta una visión en alcances y expectativas, promoviendo intereses ciudadanos haciendo que estos intervengan no solo manifestando sus necesidades sino evaluando los aportes tecnológicos.

Tabla 1.1 Grupos Sociales relevantes

Grupo sociales	Actor	Rol en el proyecto	Relación Predominante	Jerarquización de su influencia
Personal de salud	Médicos, enfermeras, auxiliares, médicos residentes, médicos post-gradista, internos rotativos, fisioterapias.	Atención directa a los pacientes en cuanto a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	La estrecha relación con el paciente a favor de su cuidado y recuperación.	ALTO
Personal administrativo	Talento humano, personal de informática, personal involucrado en compras públicas de insumos, personal gerencial administrativo	Involucrado en el proceso de atención para un adecuado proceso administrativo.	Involucrados en el proceso de adquisición de insumos, y tecnología necesaria para llevar a cabo las atenciones médicas presenciales o telemáticas, elaboración y aprobación de protocolos, y flujogramas de atención.	ALTO/MEDIO
Pacientes/usuarios	Todo paciente que por cualquier razón estrechamente relacionada con su patología requiere atención inmediata y seguimiento de su patología sea aguda o crónica.	Potenciales beneficiarios	Recibe la atención médica, se beneficia del diagnóstico, seguimiento y tratamiento.	ALTO

Elaborado por la autora, 2023

Justificación

La telemedicina, como disciplina científica que combina medicina y tecnología, se considera una técnica madura. Tanto proveedores de tecnología como usuarios, pacientes y expertos demandan su implementación y la necesidad de nuevos servicios de salud basados en telemedicina. Se reconoce que la telemedicina está aquí para quedarse, según la experiencia y los resultados obtenidos en la última década, tanto en nuestro entorno geográfico como en países desarrollados.

En la sociedad actualizada, la ciencia y la tecnología desempeñan un papel fundamental en el avance cultural, social, económico y en la vida en general. Se consideran herramientas necesarias para la vida y la convivencia, y se ven reflejadas en una creciente cantidad de productos provenientes de ambos ámbitos. La implementación sistemática de estas tecnologías se ha convertido en una condición para el desarrollo en esta era histórica. Este proceso está influenciado por varios elementos.

Para comprender la producción de tecnologías intensivas en conocimiento en entornos locales, se aplican los conceptos de trayectorias y estilos sociotécnicos. La trayectoria sociotécnica es el proceso de coevolución de productos, procesos de producción, empresas e instituciones, así como las interacciones entre usuarios y productores, y las relaciones entre problemas y soluciones. También se consideran aspectos como la creación tecnológica, la racionalidad, las políticas y tácticas de los actores involucrados, como empresas, organizaciones de investigación y desarrollo, universidades, entre otros. Al analizar la trayectoria sociotécnica, es posible examinar las características de diferentes estilos sociotécnicos. (Aguilar et al., 2007).

En esta revisión se realiza un estudio sobre las magnitudes relevantes para examinar el estilo sociotécnico de implementación de tecnologías, grupos sociales involucrados, flexibilidad interpretativa, clausura y estabilización en nuestra vida cotidiana, la cual se ha vuelto dependiente de herramientas tecnológicas. Se destaca la importancia de la investigación como medio para adquirir conocimientos necesarios para fines específicos, y el uso casi indispensable de herramientas tecnológicas en este proceso. Cada tecnología continúa desarrollando su propia ciencia, y es difícil encontrar algún aspecto del conocimiento que no se busque explotar materialmente.

Aunque en sus inicios los ámbitos científico y tecnológico se desarrollaron de forma independiente, con el tiempo han llegado a estar tan interrelacionados que se consideran una sola es-

fera. La ciencia y la tecnología justifican su existencia a través de la producción de conocimientos prácticos, productos y técnicas novedosas y de importancia humana, que pueden ser utilizados de diversas maneras y abarcan un amplio espectro ético, desde satisfacer necesidades básicas como alimentos, vivienda y salud. Si bien pueden manifestarse de manera diferente a como surgieron en el pasado, esta es la forma en que se presentan desde la perspectiva de la sociedad en su conjunto. El avance del conocimiento científico se basa en gran medida en el desarrollo de la tecnología, que amplía las formas de observación, experimentación, captación, procesamiento, transmisión e implementación de información.

El análisis sociotécnico de la implementación de la telemedicina durante la pandemia en Ecuador es de vital importancia debido a varios factores clave. En primer lugar, la telemedicina ha demostrado ser una herramienta crucial para la atención médica durante la crisis sanitaria global, permitiendo la continuidad de los servicios de salud y reduciendo la propagación del virus al evitar desplazamientos innecesarios a centros médicos. Esto ha sido especialmente relevante en Ecuador, donde las restricciones de movilidad y los riesgos asociados a la interacción física han sido significativos.

Además, permite comprender el impacto de la implementación de la telemedicina en diferentes aspectos sociales y tecnológicos. En el contexto de la pandemia, se puede explorar su efecto en la accesibilidad a la atención médica, especialmente en comunidades remotas o de difícil acceso, donde la telemedicina puede brindar un acceso más equitativo a servicios de salud de calidad. Esto fomenta la inclusión y la igualdad en el sistema de salud al garantizar que todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica, tengan la oportunidad de recibir atención médica adecuada.

Es así, que el análisis sociotécnico permite evaluar el impacto en los profesionales de la salud y su capacidad para adaptarse a este nuevo modelo de atención. Se pueden explorar aspectos como la formación necesaria para utilizar la tecnología de telemedicina de manera efectiva, así como los desafíos y beneficios percibidos por los profesionales en términos de satisfacción laboral y calidad de atención. Esto es fundamental para garantizar una implementación exitosa y sostenible de la telemedicina en el sistema de salud ecuatoriano a largo plazo. También se pueden abordar cuestiones éticas y legales relacionadas con la telemedicina, como la privacidad de los datos de los pacientes, la confidencialidad de la información médica y la seguridad de las plataformas utilizadas. Estos aspectos son cruciales para mantener la confianza de los pacientes y garantizar el cumplimiento de las regulaciones y estándares éticos en la práctica de la telemedicina.

Hipótesis

Durante la pandemia, la instauración de la telemedicina en Ecuador ha experimentado un desarrollo significativo desde una perspectiva sociotécnica, con interacciones complejas entre los aspectos sociales y tecnológicos. La implementación de la telemedicina ha sido impulsada por la necesidad de garantizar la continuidad de la atención médica y reducir la propagación del virus al minimizar los desplazamientos físicos a los centros de salud. Esta transición ha llevado a una adaptación rápida y amplia de tecnologías de comunicación y plataformas digitales para facilitar las consultas médicas a distancia.

Desde una perspectiva sociotécnica, se espera que la instauración de la telemedicina haya estado influida por factores como la infraestructura tecnológica disponible, la conectividad a internet, la disponibilidad de dispositivos digitales y la capacitación de profesionales de la salud en el uso de estas herramientas. Asimismo, la aceptación y adopción de la telemedicina por parte de los pacientes y la comunidad en general también son aspectos relevantes en este desarrollo. Además, se espera que la implementación de la telemedicina durante la pandemia haya generado cambios en las dinámicas sociales y las interacciones entre médicos y pacientes. Esto puede incluir aspectos como la confidencialidad y privacidad de los datos médicos, la confianza en la tecnología, la calidad de la comunicación a distancia y la accesibilidad equitativa a los servicios de salud. Desde una perspectiva sociotécnica, se hipotetiza que la instauración de la telemedicina durante la pandemia en Ecuador ha sido un proceso complejo, en el que han intervenido factores tecnológicos, sociales y organizativos. Se espera que este desarrollo haya tenido impactos significativos en la prestación de servicios de salud, las interacciones entre médicos y pacientes, y la manera en que la sociedad ecuatoriana percibe y utiliza la telemedicina.

Pregunta de investigación

¿Cómo se ha desarrollado la instauración de la telemedicina durante la pandemia en Ecuador desde una perspectiva sociotécnica?

Capítulo 1.

1.1. Artefacto

En este caso el artefacto es el medio, la herramienta tecnológica; ha tenido una evolución a través de un tiempo considerable que tal vez el fin de su creación no estuvo ligada a la atención médica pero indiscutiblemente el aporte fue notorio, ya que desde la invención de un sistema de comunicación lo que se ha tratado es que el canal informativo aporte con un mensaje claro al paciente y disminuya movilizaciones innecesarias a hospitales por consultas cortas; la situación del artefacto envuelve los instrumentos necesarios para el efecto de la atención telemática como: computador, teléfono inteligente o dispositivos que pueden interactuar en una relación bilateral para efectivizar la atención sanitaria.

El análisis sociotécnico, en este contexto, se refiere a los componentes tecnológicos utilizados en la implementación de la telemedicina, como las plataformas de comunicación, dispositivos médicos remotos y sistemas de registro de datos. Estos artefactos son elementos materiales que interactúan con los aspectos sociales y culturales de la sociedad ecuatoriana, y desempeñan un papel crucial en la prestación de servicios de salud a distancia.

1.2. Flexibilidad Interpretativa

Se refiere a la capacidad de adaptación y reinterpretación de los actores sociales involucrados en la implementación de la telemedicina. Durante la pandemia, se han producido cambios rápidos en las prácticas y normas sociales, lo que ha requerido que los profesionales de la salud, los pacientes y las instituciones se adapten a nuevas formas de interacción y prestación de servicios. La flexibilidad interpretativa implica la capacidad de comprender y responder a estas dinámicas cambiantes, permitiendo la evolución y mejora continua de la telemedicina.

Es probable que, durante la innovación e introducción del artefacto, este por determinadas razones no se mantiene constante, y sufra pequeños cambios de evolución que afecten directamente en la relación con los distintos grupos sociales, la teoría patriarcal del médico ha ido evolucionando en sentido con el acompañamiento desde el teléfono hasta medios telemáticos avanzados, esta flexibilidad por parte de los grupos sociales relevantes ha estado en el marco de sus competencias, hasta donde una entidad pública administrativa como lo es el estado adquiere cierto tipo de poder en las decisiones del tratamiento y pronóstico de un paciente, así como la interacción médico – paciente ligada a situaciones de orden jerárquico-económico.

Hoy existen varias condiciones que han incidido negativamente en esta interacción, entre ellas las políticas neoliberales dominantes en muchos países, en las que el Estado merma la salud

pública y se determina la salud a base de la privatización que introducen la venta en la atención médica. Este caso giró en torno a que el paciente se convierte en el "cliente", y pierde su calidad de médico-benefactor a un comerciante esto no se aleja de la parte pública en donde el médico ha perdido la humanización en el servicio dado por la norma de atención que debe brindar de 20 minutos por consulta, limitando esta relación médica.

Otra condición que afecta negativamente a la relación-médico-paciente es el desarrollo tecnológico de las últimas décadas, que ha distorsionado la práctica médica con la idea errónea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos tienen el potencial de reemplazar el procedimiento clínico. Todos estos avances tecnológicos (biotecnología, inmunología molecular, ingeniería genética, imagenología) son de gran utilidad y de enorme ayuda para el diagnóstico y el procedimiento, pero nunca son ni serán un sustituto del procedimiento científico.¹⁴ Esta tecnología actualizada con su idolatría, patrocinada por intereses económicos, el RMP desvirtúa sus orígenes a tal punto que algunos autores afirman que no es ni bueno ni malo en este momento, sino que simplemente dejó de existir

La interacción entre los profesionales del equipo médico y los pacientes ha cambiado gradualmente desde la década de 1960. A nivel internacional, existe una clara deuda en la formación humanística que dificulta el dominio de las habilidades comunicativas imprescindibles para relacionarse con éxito con los pacientes y su entorno. Impacto significativo Calidad desfavorable de la atención de rutina. La entrevista médica es una herramienta fundamental para obtener una anamnesis fiable y establecer una interacción médico-paciente robusta, duradera y beneficiosa. Las habilidades de conducción deben aprenderse y mejorarse a través del análisis, la práctica y la autoobservación.

La atención del médico debe comenzar verbalmente, informando al paciente de lo que debe hacer y lo que sucederá durante la atención sanitaria. El médico debe saber que el primer deber de la caridad es informar. Los pacientes aprecian el interés y la sensibilidad del médico, así como el hecho de que exprese confianza al evaluar su estado. De igual forma, están predispuestos a que el médico no los mire durante toda la entrevista, se comunique poco o muestre falta de destreza en su trabajo. En un esfuerzo por ver qué está pasando con los sentimientos del paciente, el médico puede ayudar mucho más de lo que él mismo sospecha. Dar tiempo es una forma de mostrar atención, y ofrecer amor es una de las herramientas médicas más importantes.

La consulta es una etapa importante de la actividad médica del médico. El médico necesita tiempo para escuchar atentamente al paciente, examinarlo detenidamente, redactar una historia clínica completa y explicarle a él y a sus familiares su patología, la evolución del cuadro clínico, los estudios complementarios y el procedimiento. El médico sabe que esto afecta a su profesión y piensa en los errores, mientras que el paciente no se siente satisfecho y muchas veces está seguro de que ha sido juzgado mal.

Es necesario crear una red de confianza entre el paciente y su médico y viceversa, lo cual es necesario para lograr el efecto terapéutico que solo tiene una entrevista clínica. Esto sólo es posible dentro del marco organizativo que permita, por un lado, dedicar el tiempo necesario a cada paciente, sin que el médico muera en el intento, y por otro lado, el médico pueda utilizar parte de su tiempo de trabajo. horas que trabajo en tareas no relacionadas con la atención, incluida la revisión de registros médicos y su mejora.

Durante los siglos XVIII y XIX nació en la medicina la atención al paciente individual, se integraron las dimensiones social y psicológica del paciente, se empezaron a practicar las disciplinas médicas, surgieron nuevas profesiones médicas y evolucionó la medicina. Hacia una investigación de mayor base científica. Al mismo tiempo que la medicina se ha convertido en una ciencia, siento que la ciencia está en un ámbito diferente al de los valores. Como resultado, el modelo paternalista de interacción evoluciona hacia un modelo instructivo, interpretativo y deliberativo en el que el paciente elige, o al menos participa activamente en el proceso de selección. Este cambio, sumado al hecho de la diversidad y proporción de las especialidades y profesiones médicas, ha llevado a que ahora sea adecuado hablar de interacciones clínicas y no de interacciones médico-paciente. Participarán diferentes agentes en función de su visión y habilidades.

Este extraordinario cambio es sin duda perjudicial para las interacciones clínicas. El reto para los profesionales de la salud es aprender a responder a las necesidades de los pacientes. Tanto los pacientes clásicos como los considerados futuros o pacientes del siglo XXI. Casi 1/5 de este siglo.

El paciente de hoy es alguien consciente de sus derechos, los cuales están protegidos por ley en la mayoría de los países, en su mayoría desconfiado, extremadamente exigente, con fácil acceso a la información médica a través de internet, preocupado por los precios y su plan de pensiones, con altas expectativas de soluciones rápidas para su patología a través de una excelente atención con la más moderna tecnología. Sin embargo, el paciente actual y el del futuro

cercano no es solo alguien que tiene acceso a la información y se preocupa por ser comunicado.

El primer ejemplo es el de un individuo exitoso, emprendedor y seguro de sí mismo que, como paciente, es reconocido como un 'e-Paciente'. Los llamados pacientes del siglo XXI también son personas que utilizan cada vez más dispositivos electrónicos llamados “wearables” que miden su ritmo y frecuencia cardíaca, el consumo de calorías, la saturación de oxígeno o la presión arterial, datos que pueden ser transferidos directamente a su PC o registros médicos, o bases de datos para proyectos aún no determinados. Otra de las novedades es el desarrollo de diversas aplicaciones para “smartphones” denominadas “Health APP” que ayudan a llevar un control sobre el ejercicio, la dieta y el estilo de vida, y permiten controlar los tratamientos mediante el envío de datos a historias clínicas o bases de datos para su recuperación.

El paciente del siglo XXI también se enfrenta a nuevos escenarios y métodos de diagnóstico y tratamiento asociados a la medicina predictiva o personalizada, con estudios y probables intervenciones genéticas con interpretaciones y consecuencias a largo plazo desconocidas, con diferentes intervenciones o mejorías farmacológicas de los individuos o sus niños por nacer, a alternativas novedosas y diversas para la reproducción humana y, finalmente, a la probabilidad de hacer frente no solo a su historia sino también a su muerte a través del acceso a diversas formas de muerte médicamente asistida. Muchas de estas modalidades aún están en estudio o no han resistido el paso del tiempo para garantizar sus beneficios y ausencia de peligro. Sin embargo, son alternativas atractivas que ya ofrece la medicina actual y son buscadas por individuos que las ven de manera positiva y ojalá sin haberlas ensayado con el juicio crítico requerido.

En la Tabla 1.2, podemos observar los distintos tipos de relación médico-paciente su evolución y su brecha histórica, desde la conformación de una relación paternalista que se enfoca en que la comunicación sea vertical con una aceptación total de lo recomendado de parte del médico, sin embargo hemos visto por la influencia de los medios de comunicación, por la necesidad de un aporte inmediato y que trascienda la ayuda de médicos de varias partes del mundo, nos encontramos situados en la correlación de ésta línea evolutiva, confluyendo en una etapa deliberativa, en la que el paciente ya no es un efector de las decisiones del personal sanitario, sino interviene y delibera, toma una participación activa, elige quién y mediante qué desea ser examinado y escuchado, este proceso de comunicación aunque ha tomado varias

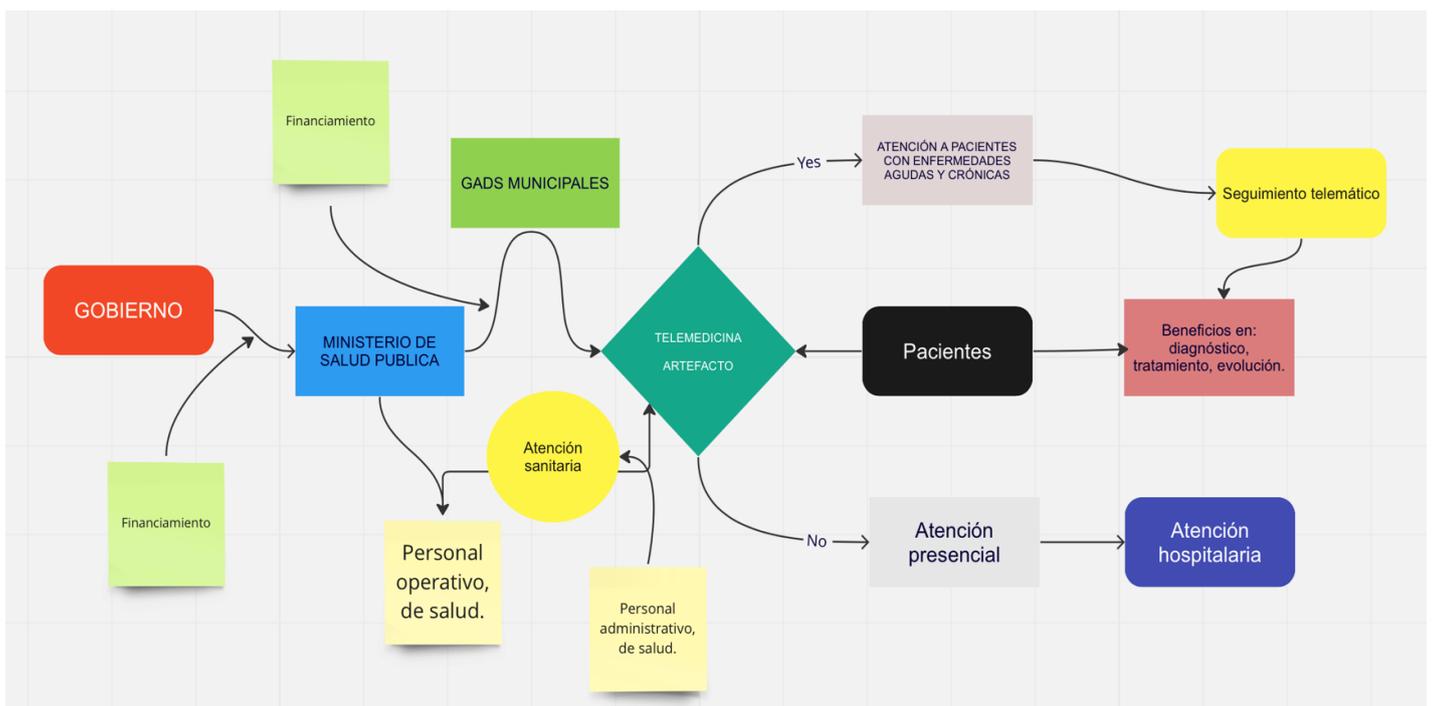
etapas y se crea que ha perdido calidad ha generado informalidad en una relación que se constituyó importante, prestigiosa y única.

Tabla 1.2 Evolución relación médico – paciente – artefacto

Relación médico paciente	Artefacto	Tipo de paciente	Controversia	Clausura
Paternalista	Medio de comunicación escrito: cartas, aproximaciones científicas, relatos de pacientes.	Cualquier paciente que requiera de información médica	Poca flexibilidad por parte del médico, distancia y zonas geográficas alejadas.	Se determina la importancia de la información desde el médico al paciente
Informativo	Teléfono alámbrico: consultas médicas, agendamiento de citas médicas, consulta de resultados médicos	Paciente con acceso a recursos económicos	Aunque hay apertura del personal de salud para no solo decretar diagnósticos y tratamientos, el canal informativo es solo unilateral, el paciente no aporta mucho con su diagnóstico, estudiantes de salud son parte de visitas médicas lo que disminuye que esta relación sea privada.	Los pacientes reciben información oportuna acorde a su diagnóstico, hay participación de más personal de salud que pueden aportar con más criterios.
Interpretativo	Correo electrónico: consulta de exámenes de diagnóstico, envío e interpretación Consulta de tratamientos médicos	Paciente con acceso a recursos económicos	Paciente tiene acceso a canales de información para su diagnóstico disponibles de manera virtual y escrita como libros, folletos y revistas, sin embargo, el acceso a esta información está limitada para personas que cuenten con recursos.	Comienzan a generarse fundaciones y ayudas no gubernamentales no solo para atención médica sino para difusión de información.

Deliberativo	Teléfonos celulares, equipos tecnológicos, computadoras, conexiones a larga distancia internacionales con médicos especialistas.	Paciente con acceso a recursos económicos para la adquisición de tecnología.	Pacientes con total acceso a consultas médicas virtuales, sin embargo, no se respetan horarios ni fechas para acceso, no se establecen límites de duración de consulta y resultan en informalismos.	No se ha podido dar clausura a este tipo de acceso informático, porque las consultas telemáticas han caído en una relación médico – paciente poco formal, en consultas inadecuadas y en utilización de medios comunicativos electrónicos de manera errónea.
--------------	--	--	---	---

Tabla 1.3. Alianza Sociotécnico, trayectoria sociotécnica



Elaborado por la autora, 2023.

En la tabla 3, se ha tratado de aproximar como la participación de diferentes estancias hospitalarias han influido y toman participación en las acciones en salud, no sólo la jerarquización mediante un ministerio sanitario que emite políticas públicas logra un comando de un equipo en salud.

Es necesario examinar tanto el recurso como el artefacto en la relación médico-paciente. En muchas ocasiones, el papel del médico se reduce a ser un recurso que busca resolver los problemas de salud de las personas, lo que implica tomar decisiones comunicativas que se relacionan con el factor tiempo y espacio. Optimizar este tiempo en el ámbito de la salud también conlleva a un mejor pronóstico, basado en la premisa de que "cuanto más rápido resuelva una enfermedad, se obtendrá un tratamiento oportuno y se vivirá más años". Sin embargo, estos años de vida deberían estar vinculados a que la atención médica oportuna brinde calidad de vida y no solo cantidad.

La percepción afecta esta relación médico-paciente, ya que implica compartir detalles íntimos, confidenciales, silencios y secretos con alguien que no es parte de la vida cercana de uno, todo con el objetivo de recuperar el bienestar. El uso de un artefacto de comunicación inteligente, como un teléfono, puede plantear preocupaciones sobre la privacidad y el uso cotidiano de la comunicación con otros fines. La relación entre la intención, el medio y el resultado cobra importancia en cada aspecto. Además, el entorno físico también es relevante, pero ¿quién determina el grado de importancia en términos de cercanía según la condición médica? ¿Cómo llegamos a la conclusión de si una consulta médica es de poca o gran importancia desde la perspectiva del paciente?

1.3. Controversias

La instauración de la telemedicina durante la pandemia ha generado controversias en diferentes niveles. Estas controversias pueden incluir debates sobre la eficacia de la telemedicina en comparación con la atención médica presencial, preocupaciones sobre la privacidad y seguridad de los datos de los pacientes, así como discusiones éticas sobre la equidad en el acceso a la atención médica. El análisis sociotécnico examina estas controversias y permite comprender las diferentes perspectivas y posiciones en torno a la implementación de la telemedicina.

La relación médico paciente, se ha ido modificando por la cercanía de este contacto físico y social, así como la evolución en el tiempo y las distintas modificaciones que han ido surtiendo acorde a la satisfacción de las necesidades del paciente pasando desde un instrumento y objeto de estudio a un participante activo en esta relación.

Las controversias en las distintas etapas han ido clausurando adecuando las herramientas utilizadas con un solo propósito alcanzar un diagnóstico y determinar el mejor tratamiento, sin embargo, está lejos de lograr una clausura definitiva en la última instancia deliberativa dada, que al tratar de eliminar esta distancia y efectivizar estos instrumentos ocurre una informalidad en la relación, que no pierde calidad sanitaria sino la percepción de una adecuada atención médica.

1.4. Clausura y estabilización

Estos procesos mediante los cuales la telemedicina se convierte en parte establecida del sistema de salud y se normaliza en la sociedad. Durante la pandemia, la necesidad urgente de adoptar la telemedicina ha llevado a la rápida implementación de nuevas prácticas y tecnologías. Sin embargo, es importante analizar cómo estas innovaciones se integran y estabilizan a largo plazo en el sistema de salud ecuatoriano. La clausura y estabilización implican el establecimiento de normas, regulaciones y políticas que respalden y promuevan el uso continuo y efectivo de la telemedicina en el futuro.

Estamos aún en un momento que no se puede dar clausura a este tipo de relación deliberativa, del personal de salud con el paciente, que se fue incrementando y acentuando con la pandemia, porque al ser un acceso fácil y disponible, se ha traducido en consultas médicas sin horario y sin considerar un rubro por ese trabajo sanitario; de alguna manera se ha tratado de dar estabilización al problema generando aplicativos, aplicaciones y medios necesarios para que todas estas situaciones tengan un rubro aunque es menor que una cita médica presencial; por otro lado si bien es cierto apoya a la situación de requerimiento en zonas geográficas alejadas, no todas las poblaciones cuentan con los recursos necesarios para adquirir un dispositivo electrónico, y contar con un directorio de médicos que dan tele consultas.

Conclusiones

Cuando hablamos de relaciones interpersonales, podemos encontrar diferentes tipos, desde las superficiales hasta las más complejas, como la que se establece entre médico y paciente. En esta relación, el médico, en su papel profesional, debe estar dispuesto a brindar ayuda de manera humanitaria y empática, basada en su vocación, que es el pilar sobre el cual se sustenta el nivel de satisfacción con la atención médica. Esta interacción ha existido desde tiempos remotos y ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de lo mágico en las comunidades primitivas a lo tecnológico en la mentalidad predominante en la actualidad, pero siempre con la premisa de estar preparado para ayudar al paciente cuando tenga problemas.

En este sentido, la interacción médico-paciente puede ser considerada como una interacción interpersonal con implicaciones profesionales, filosóficas y sociológicas que sirve de base para la gestión de la atención en salud. Es difícil lograr esta interacción humanitaria a menos que el médico establezca una conexión transitoria, psicológica, manual, intensa, de apoyo y profesional con el paciente. ¿Es necesario conceptualizar y estructurar esta relación? ¿Definirla y enmarcarla? ¿Es más importante tratar de solventar y profundizar en la forma y quedarnos con el fondo? Se busca regular un estado basal del ser humano para lograr su bienestar. ¿Por qué esta informalidad causa cierto caos en esta relación? ¿Acaso optar por formas de comunicación más accesibles le resta poder científico de decisión? Quizás estemos presenciando una revolución que busca una aproximación con el paciente sin contacto físico, utilizando sensores vitales que nos permitan visualizar la enfermedad sin que el paciente tenga que estar físicamente presente en el mismo espacio que el médico. ¿Hasta qué punto esta despersonalización nos llevará a cuidar la salud?

Se puede concluir o afirmar que las interacciones clínicas actuales, y las interacciones en el futuro, deben ser entre médicos, o entre grupos de especialistas y no médicos, y pacientes no convencionales y sus familiares. Esto resalta la importancia de la formación en valores y principios éticos, no solo para los médicos y otros profesionales de la salud, sino también para los residentes y pacientes del siglo XXI, a través de programas de enseñanza social en Bioética.

Referencias

- Aguiar, Diego, Mariano Fressoli, y Thomas Hernán. 2007. Estilos socio-técnicos de producción de tecnologías conocimiento-intensivas: La conformación de una empresa de biotecnología en el campo de la salud humana en Argentina (1980-2006) *Cuestiones de Sociología*, Universidad Nacional de la Plata, no. 4, p. 213-242, https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3686/pr.3686.pdf.
- Ayala, Jhorland. 2014. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre Economía Regional. Cartagena: Banco de la República - Centro de Estudios Económicos Regionales. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
- Barad, Karen. 2003. Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 28 (3): 801-31. <https://doi.org/10.1086/345321>.
- Barad, Karen. 2007. Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning. Duke University Press, <https://doi.org/10.2307/j.ctv12101zq>.
- Battilana, Julie, y Thomas D'Aunno. 2009. Institutional work and the paradox of embedded agency. *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*, julio, 31-58. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511596605.002>.
- Berger, Peter, y Thomas Luckman. 1967. *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. New York: Anchor Books.
- Bijker, Wiebe. 1995. *Of Bicycles, Bakelites, and Bulbs: Toward a Theory of Sociotechnical Change*. (Inside Technology) Cambridge: MIT Press.
- Blau, Peter. Cecilia Falbe, William McKinkey y Phelps Tracy. 1976. Technology and organization in manufacturing. *Administrative Science Quarterly* Vol 21, No.1, pp 20-40.
- Boudreau, Marie-Claude, y Daniel Robey. 2005. Enacting Integrated Information Technology: A Human Agency Perspective. *Organization Science* 16 (1): 3-18. <https://doi.org/10.1287/orsc.1040.0103>.
- Cáceres-Méndez, Edward, Sergio Castro-Díaz, Carlos Gómez-Restrepo, y Juan Puyana. 2011. Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas de aprendizaje. *Universitas Medica* 52, no. 1 (2011): 11-35. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed52-1.than>
- Callon, Michel y Bruno Latour. 1981. Unscrewing the big Leviathans: how do actors macro-structure reality." *Advances social theory and methodology: toward an integration of micro and macro sociology*, 277-303. Londres: Routledge.
- Callon, Michel. 1984. Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Briec Bay. *The Sociological Review* 32 (1_suppl): 196-233. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x>.
- Dos Santos, Alaneir, y Andrés Fernández. 2013. Desarrollo de La Telesalud En América Latina. Aspectos Conceptuales Y Estado Actual, Chile, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35453-desarrollo-la-telesalud-america-latina-aspectos-conceptuales-estado-actual>
- Jorge Fernández, Miriam y Rosa Mérida Hernández. 2010. Telemedicina: futuro o presente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(1) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000100017&lng=es&tlng=es.
- Mesa, Doris. 2010. Telemedicina En El Ecuador: Un Mundo de Desafíos Y Oportunidades. Universidad Politécnica Salesiana, Quito Ecuador, Vol. 12 Núm. 2, <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/8781>
- Ministerio de Salud Pública. 2022. El Hospital General Docente de Calderón cuenta con servicio de Telemedicina, <https://www.salud.gob.ec/el-hospital-general-docente-de-calderon-cuenta-con-servicio-de-telemedicina/>.

- Monteagudo, José. Luis Serrano y Carlos Hernández Salvador. 2005. "La telemedicina: ¿ciencia o ficción?" Anales del Sistema Sanitario de Navarra 28, no. 3: 309-323.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000500002&lng=es&tlng=es.
- Organización Internacional del Trabajo. 2021. El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19. <https://www.ilo.org/es/publications/el-sistema-de-salud-ecuatoriano-y-la-covid-19>
- Rabanales Sotos, Joseba, Ignacio Párraga Martínez, Jesús López-Torres Hidalgo, Fernando Andrés Pretel, y Beatriz Navarro Bravo. 2011. Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones: Telemedicina. Revista Clínica de Medicina de Familia 4, no. 1: 42-48. Recuperado el 14 de enero de 2023, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100007&lng=es&tlng=es.