



Trabalho, Educação e Saúde

La uberización del trabajo en salud: expansión en el contexto de la pandemia del Covid-19

A uberização do trabalho em saúde: expansão no contexto da pandemia de Covid-19

The uberization of health work: expansion in the context of the COVID-19 pandemic

Diego de Oliveira Souza¹ Camila Pereira Abagaro²

Resumen

Se trata de un estudio teórico con el objetivo de evaluar el papel de la telemedicina (y similares) en el proceso de trabajo en salud, con énfasis en el contexto particular de la pandemia de Covid-19 y sus relaciones con procesos de uberización. Se realizó una investigación bibliográfica en el ámbito de la sociología del trabajo de orientación marxista, con el fin de precisar los procesos estructurales que producen esta forma particular de organización del trabajo en salud. Posteriormente, se analizaron documentos legales y noticias sobre la coyuntura de la pandemia, con el fin de describir cómo se sitúa la telemedicina en este contexto y luego someterla al tamiz de la teoría social de Marx. Se encontró que esta forma de organizar el trabajo en salud consiste en un camino de precarización del trabajo, a veces llamado uberización, desarrollado bajo la mediación subordinadora de las plataformas digitales a los intereses del capital, en convergencia con el modelo biomédico.

Palabras clave: Covid-19; telemedicina; precarización del trabajo; trabajo en salud; uberización.

ARTIGO

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00328>

¹ Universidad Federal de Alagoas, Facultad de Servicio Social y Complejo de Ciencias Médicas y Enfermería, Arapiraca, Brasil. enf_ufal_diego@hotmail.com

² Universidad Federal de Pernambuco, Centro de Ciencias Médicas, Recife, Brasil. Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y de la Naturaleza, Foz do Iguaçu, Brasil. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México, México. camila.abagaro@gmail.com

Como citar: SOUZA, Diego O.; ABAGARO, Camila P. A uberização do trabalho em saúde: expansão no contexto da pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, 2021, e00328160. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00328>

Nota: Este artículo se publicó originalmente en portugués, en *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021. Traducción al español de Andrea Moll.

Recibido el 08/07/2021
Aprobado el 14/09/2021



Resumo

Trata-se de um estudo teórico com o objetivo de avaliar o papel da telemedicina (e similares) no processo de trabalho em saúde, com ênfase no contexto particular da pandemia de Covid-19 e suas relações com processos de uberização. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no âmbito da sociologia do trabalho de viés marxista, a fim de precisar os processos estruturais que produzem essa determinada forma de organizar o trabalho em saúde. Posteriormente, analisaram-se documentos legais e notícias sobre a conjuntura da pandemia, com vistas a descrever como a telemedicina se situa nesse contexto e, em seguida, submetê-la ao crivo da teoria social de Marx. Constatou-se que essa forma de organizar o trabalho em saúde consiste em uma via de precarização do trabalho, ora chamada de uberização, desenvolvida sob a mediação subordinadora das plataformas digitais aos interesses do capital, em convergência com o modelo biomédico.

Palavras-chave: Covid-19; telemedicina; precarização do trabalho; trabalho em saúde; uberização.

Abstract

The objective of this theoretical study is to analyze the role of telemedicine (and similar) in the health work process, with emphasis on the context of the COVID-19 pandemic and its relations with uberization processes. Bibliographic research was carried out in the context of the sociology of work with a Marxist bias, to clarify the structural processes that produce this particular way of organizing work in health. Subsequently, legal documents and news about the pandemic were analyzed to describe how telemedicine is situated in this context, and then to analyze it in the light of Marx's social theory. It was found that this form of organizing work in health consists of a way of labor precarization, now called uberization, developed under the subordinating mediation of digital platforms to the interests of capital, in convergence with the biomedical model.

Keywords: COVID-19; telemedicine; labor precarization; health work; uberization.

Introducción

Este artículo consiste en un estudio teórico cuyo objetivo es estudiar el papel de la telemedicina, de la telesalud y similares en el proceso de trabajo en salud,¹ considerando, en particular, el fenómeno de la precarización del trabajo, potencializado con la crisis estructural del capital, desde mediados de los años 70.

Tomamos, como contexto particular, la coyuntura instaurada con la pandemia del *Coronavirus Disease 2019* (Covid-19), puesto que esta suscitó el debate sobre las posibilidades y los límites del uso de la tecnología para la asistencia médica (y de la salud) de individuos y colectividades, especialmente para seguimiento clínico. La telemedicina surgió, entonces, como estrategia de viabilidad de la atención médica en los momentos de mayor rigor del distanciamiento social, necesario para la prevención del Covid-19.

Este debate se aforó repleto de dilemas jurídicos, éticos y políticos forjados desde antes de la pandemia. También es anterior a la pandemia un contundente proceso de precarización del trabajo en salud, que afecta incluso a profesiones bien jerarquizadas en el trabajo en salud, como es el caso de la medicina. En que, pese a los posibles beneficios del empleo de la tecnología en la práctica de la salud, en el meollo de las contradicciones capitalistas, esta parece confluir en el proceso de precarización, produciendo efectos más sofisticados en lo tocante a las formas de explotación y subordinación de los trabajadores, especialmente con lo que se ha dado en llamar uberización del trabajo.

Al considerar estas contradicciones, planteamos algunos cuestionamientos: ¿cuáles son las bases del proceso de precarización (y uberización) del trabajo? ¿Cómo se posiciona la telemedicina en el proceso del trabajo en salud, teniendo en vista los intereses predominantes en el circuito mercantil del que forma parte? ¿Cuál es la relación entre telemedicina y uberización de la salud? ¿Cómo ha contribuido la coyuntura pandémica en la procesalidad de esta relación?

Con esa finalidad, buscamos responder estas cuestiones con tres secciones de discusión, además de esta introducción. En la primera, retomamos textos de la sociología del trabajo (que parten de la crítica de la economía política), a fin de demarcar las categorías y los conceptos que explican, desde el punto de vista histórico y social, el fenómeno de la precarización del trabajo y su faceta más reciente, la uberización. En la segunda, establecemos una interfaz entre sociología del trabajo y salud colectiva, en el sentido de delimitar lo que entendemos por procesos de trabajo en salud y cómo lo afecta la precarización. Además de ello, también esta sección, estudiamos documentos legales (leyes y resoluciones) que reglamentan la práctica de la telemedicina/telesalud en Brasil, como forma de situar el uso de las tecnologías en el proceso de trabajo en salud, especialmente con la telemedicina (y afines) frente a la precarización/uberización. Finalmente, en la tercera sección, presentamos el debate singularizado en la coyuntura pandémica, lo que demandó el relevamiento de documentos, noticias y textos específicos de este período.

En todas las secciones, la perspectiva teórica-metodológica que ilumina el análisis consiste en el materialismo histórico-dialéctico, tomando el trabajo como complejo promotor y ontológicamente prioritario para las relaciones sociales. En base a este principio se articula la universalidad del antagonismo basilar de la sociedad contemporánea (entre capital y trabajo) con los procesos particulares que se desarrollan en las diversas praxis sociales, como es el caso de la salud.

¿Qué es la uberización?

La historia del capitalismo es un constante proceso de reinención de las formas de producir valor (o sea, capital), pero que se da, creciente y continuamente, a partir de la explotación de la clase trabajadora (Marx, 1988a). Se trata de una dinámica en la cual el capital intenta superar sus propios límites y contradicciones, considerando que, en su conjunto, el sistema siempre está amenazado de plétora. Garantizar la productividad creciente y la expansión de sus dominios es condición imperativa para que el modo de producción desplace sus contradicciones en el tiempo y en el espacio, cobrando nuevo impulso (Mészáros, 2009).

Nuevas formas de organización del trabajo y, consecuentemente, control y explotación de la clase trabajadora surgen para satisfacer esas demandas, lo que tiende a materializarse con desigualdades económicas cada vez más contundentes, con reflejos jurídicos y políticos (Alves, 2007). Entre las manifestaciones más recientes de esta continua metamorfosis, surge el proceso de uberización del trabajo, con fuerte tendencia de ampliación en el sector de servicios desde la segunda década de los años 2000 (Slee, 2017). No obstante, el tipo de dinámica que subyace a la uberización es más antiguo, puesto que coaduna elementos típicos de la flexibilización del trabajo en curso desde mediados de los 70 (Abílio, 2019).

Cabe destacar que desde la obsolescencia del estándar “rígido” de acumulación, con el binomio taylorismo/fordismo, los países de capitalismo avanzado pasan por un proceso de reestructuración productiva, cuya prueba de fuego es la flexibilización de la producción y de sus relaciones derivadas. El imperativo de la polivalencia sustituyendo la superespecialización del trabajador, el cambio de la relación tiempo-espacio y la automatización son elementos que se consolidan en el capitalismo contemporáneo, otorgándole una nueva dinámica (Harvey, 1992; Antunes, 2009).

Esa dinámica no sería posible de no ser por las alteraciones en la legislación laboral, principalmente con la destrucción de la protección social del trabajador, mistificada por la idea de su supuesta modernización e incentivo al emprendedurismo (Lourenço, 2015). La tradicional relación patrón-empleado adopta nuevas formas, veladas incluso porque las empresas se distribuyen geográfica y temporalmente de forma distinta. Con la “mundialización del capital” (Chesnais, 2001), las grandes empresas (del sector primario de los servicios) pasar por un proceso de descentralización, puesto que no precisan que todos sus sectores o etapas de producción estén reunidas en el mismo local físico.

Por el contrario, se dispersan por diversas regiones del mundo, desarrollan formas más sofisticadas y veloces de responder a las demandas del mercado consumidor y, para ello, necesitan un contingente de trabajadores con otro perfil (Harvey, 1992; Antunes, 2009; Alves, 2007; Chesnais, 2001).

Las implicaciones de esta dinámica para los vínculos laborales con la empresa se despliegan, sobre todo, en el carácter temporal, con contratos sin estabilidad y precarios que permiten que las empresas cambien rápidamente el perfil, produciendo el servicio en función de demandas frenéticamente mutantes. El proceso se inicia con la idea de “colaboradores” en sustitución al tradicional empleado, pero enseguida avanza para un abanico heterogéneo de trabajos precarios, desde las formas más comunes de tercerización hasta las nuevas relaciones mediadas por (léase subordinadas a) los grandes grupos tecnológicos (Abílio, 2019; Filgueiras y Antunes, 2020).

La tecnología asume un papel decisivo para esta dinámica espacio-temporal porque permite acelerar las demandas, con formas de comunicación más rápidas, y más aún porque permite avanzar en la descentralización/distribución de los actores y actividades, a veces incluso haciendo que la existencia de una dirección física para la empresa sea un factor secundario o inexistente (Filgueiras y Antunes, 2020).

Por esa vía, de la mano de la tecnología, la uberización se volvió la forma más eminente de organización y control de la fuerza de trabajo, pues coaduna las novedades tecnológicas de la industria 4.0, de la *gig economy* y de la *sharing economy* con los procesos ya en curso desde el inicio de la reestructuración productiva, sobre todo por medio de los mecanismos ideológicos subyacentes al discurso del emprendedurismo (Filgueiras y Antunes, 2020).

Para Abílio (2019), los grandes grupos tecnológicos se presentan como mediadores de una relación económica “natural” y “moderna”, “agentes económicos independientes que se encuentran en el mercado y ejercen libremente sus potencialidades, lo que conduciría a un equilibrio general entre oferta y demanda y a la promoción del bienestar general” (Abílio, 2019, p. 3). Sería, entonces, un encuentro entre emprendedores, libre para crecer en el mercado, de acuerdo con su esfuerzo, capacidad creativa y competitividad. Sin embargo, para la autora:

[...] en realidad [la empresa de *app*] es mucho más que una mediadora; la cuestión es que la subordinación y el control sobre el trabajo son más difíciles de reconocer y mapear. Elementos centrales para tal reconocimiento: i) es la empresa la que define para el consumidor el valor del servicio que el trabajador ofrece, así como cuánto recibe el trabajador y, no menos importante, ii) la empresa tiene total control sobre la distribución del trabajo, así como sobre la determinación y utilización de las reglas que definen esta distribución. (Abílio, 2019, p. 3)

De este modo, la uberización constituye un paso más en el proceso de subordinación del trabajo al capital, sofisticado por los procesos de gestión algorítmicos. Se trata de un proceso que resultó ampliamente conocido, de forma pionera, con los choferes vinculados a la *app* de Uber, pero que no se restringe a este caso. Hay un amplio conjunto de trabajadores como entregadores, cuidadores, trabajadores domésticos, etc. que ejercen su función, distribuidos en los espacios más diversos, pero conectados a las *apps* o plataformas de grandes empresas.

Concordamos con Antunes (2019) cuando afirma que los trabajadores son vistos, por parte de la sociedad, sectores jurídicos, empresas e incluso por mucho de ellos mismos, como emprendedores, cuando en realidad continúan como trabajadores explotados, produciendo plusvalía y siendo pagados por procedimiento, forma de pago capaz de elevar las tasas de explotación cuando se la compara con el salario por tiempo (Marx, 1988b).

El salario por pieza, aquí tomado en la forma de pago por servicio/procedimiento, genera la sensación de que cuánto más se trabaja más se gana, cuando, en realidad, hace que el salario sea continuamente una fracción relativamente menor frente a todo lo producido. De esta manera, la prolongación de la jornada, o su intensificación, cobra un impulso subjetivo oriundo del propio trabajo involucrado en el

discurso de la autonomía/autogestión. El aumento de la jornada resulta, entonces, la expresión de una nueva dinámica temporal, no solo por su duración, sino por su indefinición, puesto que el trabajador con frecuencia puede pasar horas conectado a la app sin ser demandado por algún consumidor y, en consecuencia, sin ganar por ello (Abílio, 2019; Filgueiras y Antunes, 2020). Con la uberización,

Se establecen relaciones sin ningún límite de jornada, renta, salud, seguridad. En este sentido, es necesario enfatizar que este vilipendio con relación al trabajo no es una posible remisión al futuro. En el presente, la expansión del trabajo digital viene demoliendo la separación entre el tiempo de vida en el trabajo y el tiempo de vida fuera de este. (Filgueiras y Antunes, 2020, p. 38)

Sin contar que, visto como agente autónomo, sin vínculo típico con la empresa, el trabajador está desprovisto de protección social laboral y estabilidad, situación que se vuelve aun más grave cuando se considera que diversos costos le son transferidos, como la compra/alquiler de algunos medios de trabajo (automóvil, bicicleta, celular, etc.) y su mantenimiento. Se trata de un proceso funcional a las intenciones del capital a la hora de remediar sus contradicciones, pues logra finalmente desplazar diversos costos hacia los propios trabajadores, aumentos sus ganancias, además de no precisar preocuparse con cuestiones espaciales tradicionales (gastos con locales de trabajo), ni con algunas responsabilidades laborales y fiscales relativas a las condiciones de trabajo, en general.

Uberización del trabajo en salud

La praxis de la salud en el capitalismo pasa a componer el complejo entramado de producción/reconocimiento del valor, por lo tanto, sometida a la producción y reproducción del capital. Los resultados de esta dinámica son, por un lado, la formación de un gran complejo médico, industrial y financiero que lucra con la compra y venta de la salud y, por el otro, la explotación de la fuerza de trabajo responsable por la producción del cuidado en salud, a ejemplo de médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, etc. (Merhy y Franco, 2003; Souza y Mendonça, 2017).

En estos términos, podemos hablar de trabajo en salud como particularidad del trabajo abstracto en general, considerando la dinámica específica del capitalismo, aunque, ontológicamente, se mantengan las diferencias entre el trabajo en términos genéricos (intercambio orgánico entre ser humano y naturaleza) y la práctica del cuidado (que se da en el ámbito del intercambio entre seres humanos) (Souza y Mendonça, 2017). Además de ello, así como toda práctica humana, la de la salud encierra sus movimientos contradictorios frente al capital, puesto que, aun cuando esté inserta en un espiral de producción/reconocimiento de valor, no pierde sus rasgos esenciales como el cuidado, en la búsqueda por la intervención en aquello que amenace la vida de individuos y colectividades. Estos rasgos esenciales pasan a coexistir, dialécticamente (en las sociedades en las que imperan el trabajo abstracto/enajenado), con su subordinación al proceso de valorización y, en consecuencia, producción y reproducción del capital (Merhy y Franco, 2003; Souza y Mendonça, 2017).

Al considerar esas premisas genéricas, destacamos que la fuerza de trabajo en salud se introduce en el movimiento histórico general de las formas de reposición de explotación emprendidas por el capital, como es el caso de lo que hemos visto en el ámbito de la precarización del trabajo. No es un proceso homogéneo, incluso porque en la división social del trabajo en salud hay diversos matices que atraviesan un proceso de jerarquización y (super)especialización que impone diferencias y peculiaridades para las profesiones contemporáneas. No obstante, es necesario considerar que aun profesiones históricamente posicionadas en la cima de esa jerarquía, como es la medicina, ha enfrentado efectos contundentes del proceso de precarización del trabajo.

En Brasil, de acuerdo con la investigación *Demografía médica no Brasil 2020* [Demografía médica en Brasil] (datos referentes a 2019), el 21,5% de estos profesionales trabajan solo en el sector público,

mientras que el 28,3% trabaja solo en el sector privado, y la mayoría (50,2%) actúa en los dos sectores. Con ello, la acumulación de vínculos institucionales es común, pues el 61,6% posee tres o más vínculos, llegando incluso a seis vínculos (11%). La acumulación de vínculos se refleja en las horas trabajadas por semana, puesto que casi la mitad de estos trabajadores (45,9%) trabaja más de 60 horas/semana, lo que revela un aumento con relación al 2014, cuando este porcentaje era del 32,4% (Scheffer et al., 2020).

Gomes (2017) problematiza los cambios en el trabajo médico con la transformación de la tradicional actuación liberal en forma de asalariamiento, aun cuando estén disfrazadas en un formato que forja, ideológicamente, la sensación de ejercicio autónomo, que estaría próximo a los moldes tradicionales, pero ahora subordinado a “mediadores” mercantiles. Eso porque, cada vez más, el trabajo es mediado (subordinadamente) por los planes y seguros de salud, exactamente cuando se genera la sensación de un ejercicio liberal, pero que está impulsado por la captura de “clientes” definida por el plan/seguro, tal como ocurre también los valores a pagar, los procedimientos a realizarse y toda la dinámica del proceso de producción del cuidado. Para Gomes (2017), este es uno de los principales frentes de precarización del trabajo médico, pero que se reproduce, por consiguiente, por toda la cadena de división del trabajo en salud.

En aquellas profesiones en que la mediación del asalariamiento es más clara, la precarización se revela más nítidamente; podemos citar, como ejemplo, el caso de los trabajadores de enfermería, puesto que, tradicionalmente, ejercer la profesión mediante contratos de asalariamiento, tanto en la esfera pública como en la privada. Silva et al. (2020), por ejemplo, demostraron que auxiliares y técnicos de enfermería del estado de Ceará, Brasil, se ven afectados por la precarización en todas las dimensiones consideradas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT): temporal, económica, social y organizacional. Se destaca el hecho de que el 51,2% de las actividades de estos trabajadores se realiza en el sector público, lo que puede generar la sensación de que tienen mayor estabilidad y estarían sujetos a menor precarización. Al contrario, el estudio de Silva et al. (2020, p. 137-138) revela que:

[...] en el sector público, el vínculo por medio de cooperativa (30,7%) rivaliza con el estatutario (35,7%). Los contratos por tiempo determinado y la prestación de servicios sin vínculo constituyen más de la mitad de los vínculos de trabajo. En el sector privado y en el filantrópico, la proporción de vínculo laboral formal es del 62,1% y el 52,4%, que puede considerar incluso mejor que en el sector público, teniendo en vista la protección al trabajador otorgada por la CLT [Consolidación de las Leyes Laborales, en portugués] en comparación con vínculos más precarios.

Araújo-dos-Santos et al. (2018) tienen una investigación que ejemplifica ese proceso, destacando que las trabajadoras de enfermería de instituciones públicas de la salud administradas por la Secretaría del Estado de Salud de Bahía, Brasil, enfrentan niveles considerables de precarización. Los autores destacan que, entre el 46,8% de las enfermeras, la precarización se constituye de acuerdo con la dimensión “Condiciones de trabajo”: ya entre las técnicas y auxiliares, la “Intensidad del trabajo por la organización de su proceso” fue la dimensión más presente, alcanzando el 51,2% de estas trabajadoras.

El proceso de precarización del trabajo en salud también se ve impulsado por el avance tecnológico, por la falacia del emprendedurismo y la autogestión. Para Kahn (2016), está en curso un proceso de uberización de la salud, de la mano de las metamorfosis generales del mundo del trabajo. Para el autor, hay una influencia cada vez mayor de la tecnología (específicamente, la Inteligencia Artificial) en los procesos de decisión de los médicos, a pesar de que esta categoría tenga mayor poder de resistencia que otras, debido a su antecedente de ejercicio liberal. Con todo, recordemos que Gomes (2017) ya destacó que este antecedente surge como ingrediente para consubstanciar formas más sofisticadas de disfrazar la precarización, lo que vale también para la uberización.

En este caso específico, Kahn (2016) llama la atención también para la resistencia que los médicos han conseguido ejercer con relación a la sustitución de sus prácticas tradicionales de anamnesis y

examen físico por el auxilio tecnológico, con decisiones apoyadas en cálculos de Inteligencia Artificial. No obstante, el empleo de esta tecnología ha sido creciente, incluso porque consiste en una vía de expansión de la acumulación capitalista, con impulso del desarrollo de los medios de producción, aumento de productividad y, consecuentemente, un aumento de la plusvalía circulante en la dirección del complejo médico, industrial y financiero.

El uso de la tecnología a partir de una dinámica en que, cada vez más, la creatividad y las capacidades cognitivas del trabajador de la salud sean expropiadas y subyugadas a la tecnología no consiste, por sí solo, en el proceso de uberización, aunque constituye el cimiento necesario para que este se desarrolle, según Kahn (2016). El diseño de la uberización en salud adquiere contornos más claros con la inserción de la telemedicina, aun cuando arrastre las singularidades del proceso de conflicto entre la tradición médica y las necesidades de acumulación del complejo médico, industrial y financiero. En el caso brasileño, estos conflictos se reflejan en el proceso jurídico-legal que rige esa práctica en el territorio nacional, con avances y retrocesos. Debemos destacar que desde el 2002, el Consejo Federal de Medicina (CFM, por su sigla en portugués) resuelve:

Art. 1º – Definir la Telemedicina como el ejercicio de la Medicina mediante la utilización de metodologías interactivas de comunicación audiovisual y de datos, con el objetivo de asistencia, educación e investigación en la Salud.

Art. 2º – Los servicios prestados mediante la Telemedicina deberán tener la infraestructura tecnológica apropiada, pertinentes y obedecer las normas técnicas del CFM pertinentes a la custodia, manejo, transmisión de datos, confidencialidad, privacidad y garantía de sigilo profesional. (Consejo Federal de Medicina, 2002)

A pesar de que el órgano que regula la medicina en Brasil considere la telemedicina como componente del ejercicio profesional desde el 2002, algunos términos de su concreción, límites y posibilidades no estaban demasiado claros, incluso resultando en poca adhesión efectiva. Tanto que, recién en el 2018 hay una resolución que se propone actualizar los términos de ese ejercicio, en la cual se establece que: “Art. 2º – La telemedicina y la teleasistencia médica, en tiempo real *on-line* (síncrona) u *off-line* (asíncrona), por multimedios en tecnología, está permitida dentro del territorio nacional, de acuerdo con los términos de esta resolución” (Consejo Federal de Medicina, 2019a). Sin embargo, el asunto sigue siendo objeto de conflicto, dado que ya al año siguiente la resolución n. 2.227 de 2018 fue revocada mediante la resolución n. 2.228 (Consejo Federal de Medicina, 2019b), volviendo a los términos definidos en 2002.

El conflicto parece girar en torno a dos cuestiones: los límites éticos de la relación profesional-individuo asistido, mediada por la tecnología; y sobre todo la pérdida de poder y autoridad del profesional para la tecnología. Deteniéndonos específicamente en la segunda cuestión, es posible constatar el desarrollo dialéctico del avance de la medicina (y de la salud) por la deshumanización de la práctica médica disfrazada de especialización e incremento tecnológico, lo que consiste en el desprendimiento de elementos auténticamente humanos, aun bajo la faz negativa del retroceso del poder/dominio del proceso. La subordinación humana a la fetichización de la técnica y de la tecnología alcanza un nuevo escalón con la uberización, puesto que las plataformas digitales de empresas, planes y seguros de salud incorporan el sistema de gerencia por algoritmo que controla y moldea el ejercicio profesional, la distribución espacio-temporal de los servicios e incluso los deseos y necesidades de los usuarios (Kahn, 2016; Souza, 2021).

De acuerdo con Costa, Sola y Garcia (2020, p. 77):

La oferta de atención médica por telemedicina es más barata que el modo presencial tradicional. Aun cuando incorpore costos de implementación de la tecnología y remunere el flujo informacional, hay reducciones de los costos de instalación

de la clínica médica y de desplazamiento de los pacientes. La primera resulta de la posibilidad de localizar físicamente al médico en regiones donde los inmuebles son más baratos, prescindir de espacios para recibir pacientes y prescindir de funcionarios de secretaría y recepción. La segunda se deriva de la posibilidad de que el paciente tome contacto con el médico con su teléfono móvil o desde una computadora doméstica, sin tener que utilizar el tiempo y los medios necesarios para el desplazamiento, a veces incluso penoso.

Es necesario destacar que este abaratamiento se revierte en mayores ganancias para la empresa, con la transferencia de costos para médicos e individuos asistidos. Aun cuando en un primer momento, como lo destacan Costa, Sola y García (2020), los actores involucrados tengan la sensación de ahorrar en transporte y desplazamiento, es preciso considerar que se está presuponiendo que estos cuentan con los elementos tecnológicos necesarios (computadora, celular, conexión a internet, etc.), así como asegurar su funcionamiento y mantenimiento. Los autores parecen no considerar que el hecho de que médicos y usuarios asuman estos costos sea un factor relevante para constatar que el abaratamiento del proceso beneficia, en forma tendenciosa, la empresa propietaria de la plataforma digital.

En efecto, aun cuando la plataforma digital de la salud aparezca como una simple mediadora que une los intereses de médicos (y otros trabajadores de la salud) e individuo asistido, o aun cuando los trabajadores de la salud se presenten como supuestos emprendedores aliados de las plataformas, o incluso un tipo especial de consumidor de los servicios de estas plataformas, lo que se tiene es un proceso de trabajo en salud subordinado a la tecnología (de base cognitiva capitalista) de modo de potenciar la acumulación de capital, por un lado, y la precarización del trabajo, por el otro.

La crítica a la uberización no puede restringirse, por lo tanto, a algún factor corporativista profesional (por la reducción de su poder en la relaciones), pero debe alcanzar la dinámica más amplia del proceso, considerando que se trata de una estrategia para aumentar la productividad, con menores costos en mantenimiento de locales físicos de atención (prescindibles en diversas etapas clínicas por la vía de la telemedicina), abaratar la fuerza de trabajo, pero aumentar el índice de explotación de los trabajadores, todo ello camuflado de modernización de una relación emprendedora. El trabajador de la salud entra en esa relación bajo el rótulo de profesional autónomo que, auxiliado por la tecnología, alcanza una cierta clientela, cuando en realidad se subordina a la dinámica impuesta por las empresas digitales de la salud, explotados y sin derechos laborales, incluso porque se trata de una relación que no los observa como trabajadores/empleados, como en la visión tradicional, incluso desde el punto de vista jurídico.

El año 2020 fue peculiar en la historia reciente, teniendo en vista el proceso pandémico originado por el nuevo coronavirus y a las medidas de distanciamiento que trajo como consecuencia. En este contexto, se observa que la subordinación tecnológica del proceso de trabajo en salud estaba presente antes de la pandemia; sin embargo, se registró una profundización de esta situación como resultado de la crisis sanitaria. A continuación, debatimos cómo este momento peculiar actuó favoreciendo la ampliación y la consolidación de la uberización de la salud.

La pandemia de Covid-19: avances de la uberización del trabajo en salud vía telemedicina

Con el rápido ascenso del número de casos y defunciones ocasionados por el Covid-19, se adoptaron medidas de distanciamiento social como forma de prevención de la transmisión del SARS-CoV-2, incluyendo la suspensión de algunos servicios de salud, por algún tiempo, en varios países. Fue el caso de determinados procedimientos quirúrgicos electivos e incluso el seguimiento clínico. En esos casos, la telemedicina y la telesalud surgieron como una alternativa encontrada para mantener algún

soporte al individuo o grupo asistido, sin incumplir con el distanciamiento social (Moreira et al., 2021; Bertasso et al., 2021).

No obstante, frente a carácter contradictorio de las relaciones sociales capitalistas, esta alternativa *a priori* benéfica (pues permite la continuidad del tratamiento de los individuos y grupos, sin exponerlos a situaciones de riesgo) se revela, al mismo tiempo, como una estrategia más para que el capital se reproduzca en el sector de la salud. Particularmente, la pandemia constituyó el pretexto esperado para la expansión y la consolidación del modelo de uberización en la salud, en los moldes debatidos en la sección anterior.

En el caso brasileño, las tensiones en torno a esa alternativa continuaron expresándose en el ámbito jurídico y político. La resistencia de algunos sectores de la medicina en flexibilizar el uso de la tecnología de la información y comunicación para un modelo de atención remota se debe a diferentes motivos, desde la preocupación con el nivel de interacción profesional-individuo asistido hasta cuestiones vinculadas a la reserva de mercado.

A pesar de las tensiones, ya en marzo del 2020, el Consejo Federal de Medicina (CFM), tras recibir un oficio del entonces ministro de la salud de Brasil, Henrique Mandetta, autorizó la teleorientación, el telemonitoreo y la teleinterconsulta como forma de proteger a médicos e individuos asistidos (Pezuzzi, 2020). Enseguida, la autorización fue ratificada mediante la Ley n° 13.989, del 15 de abril de 2020:

Art. 1° Esta Ley autoriza el uso de la telemedicina mientras dure la crisis ocasionada por el coronavirus (SARS-CoV-2).

Art. 2° Durante la crisis ocasionada por el coronavirus (SARS-CoV-2), se autoriza, en carácter de emergencia, el uso de la telemedicina. (Brasil, 2020, p. 1)

Esa flexibilización, entonces necesaria en una coyuntura excepcional, se incorpora al circuito capitalista como una especie de resorte propulsor, llevando a la expansión de las plataformas digitales y sus aplicaciones, que pasan a ofrecer el servicio de telemedicina, posicionándose como supuestas mediadoras entre los trabajadores de la salud y los individuos que buscan asistencia de salud.

Se trata de un modelo que venía avanzando antes mismo de la pandemia, como las grandes plataformas consolidadas internacionalmente, como *Teladoc* y *Doctor on Demand*. Se crearon muchas empresas con el objetivo exclusivos de ofrecer este tipo de servicio de salud, o sea, su aparición se orienta a ese modelo tecnológico, algunas siendo 100% *on-line*, sin antecedentes de actuación en el modelo tradicional, como es el caso de *Oscar Health*.

En Brasil, el crecimiento es notable a partir del 2020, con las tradicionales operadoras de planes y seguros de salud ampliando su actuación en la dirección de la telemedicina o, también, con emergentes *startups*² creando aplicaciones para la oferta de telemedicina (Saúde Debate, 2020a). En el caso de los planes y seguros, la propia Agencia Nacional de Salud Suplementaria (2020) mediante la nota técnica n. 6/2020, estableció la obligatoriedad para las operadoras de ofrecer este tipo de servicio durante la pandemia, lo que implicó que estos planes y seguros crearan plataformas digitales o incorporaran aquellas ya existentes.

Ya el caso de las *startups* se revela como el de mayor potencial mercantil, desde el punto de vista de la canalización para sí de algunas prácticas anteriores, llevadas a cabo en forma independiente por médicos y otros profesionales de la salud, sobre todo durante la pandemia, cuando pasaron a atender a sus “clientes” por medio de redes sociales y celular, pero con serios riesgos desde el punto de vista ético y de la protección de los datos. La Federación Brasileña de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia (Febrasgo, por su sigla en portugués), por ejemplo, constató que cerca del 90% de los profesionales de ginecología ya utilizaban la telemedicina para realizar orientaciones médicas, especialmente por teléfono y *WhatsApp* (Febrasgo, 2020).

Con el argumento de la profesionalización de la “mediación”, las *startups* avanzan en el mercado, logrando una adhesión cada vez mayor de médicos y otros profesionales (Saúde Debate, 2020b).

Se fortalece la ideología de la autogestión, puesto que, así como sucede con choferes y entregadores, se construye el discurso de que el profesional de la salud controla su jornada, ritmo, ganancias, etc., cuando en realidad las plataformas, mediante la Inteligencia Artificial, controlan de forma económica y desde el aspecto espacio-temporal la relación entre profesionales e individuos asistidos.

El crecimiento de la Unión Nacional de las Instituciones de Autogestión en la Salud (UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE, 2021) es sintomático de la fuerza de esta narrativa. Esta red reúne más de 4 millones de individuos asistidos, con más de cien operadoras afiliadas, lo que corresponde al 11% del total del sector de salud suplementaria. Siguiendo la tendencia de la telemedicina, la Unida

[...] puso a disposición de sus asociadas una plataforma de telesalud, con una estimación inicial de atención de 70 mil consultas por mes. Según la entidad, esta es una iniciativa inédita en el segmento y puede alcanzar los 4,5 millones de beneficiarios. La herramienta tiene el objetivo de evitar un colapso en el sistema de salud frente al escenario del Covid-19, además de proporcionar atención segura, calificada y ayudar a reducir el flujo en las emergencias. (Saúde Debate, 2020b, p. 1)

Así, se forja una articulación entre la necesidad coyuntural y la nueva fase tecnológica de la reestructuración del mundo del trabajo, articulación ésta que, aunque esté repleta de tensiones, consolida los caminos para la subordinación del proceso de trabajo en salud a la tecnología de base cognitiva capitalista y que está, por lo tanto, a servicio de la transformación de la salud en mercadería y de la explotación de los trabajadores de la salud.

Otra expresión de este proceso es el abaratamiento del servicio, puesto que algunas de esas plataformas llegan a ofrecer planes populares a partir de R\$ 12,90, como *UOL Med*, que lanzó el servicio en el 2020 (Cambriccoli, 2020). Vemos que empresas sin tradición en el sector salud entran en este mercado, puesto que el uso de la tecnología permite abaratar la fuerza de trabajo y, en los moldes de la uberización, establecer una relación laboral disfrazada de emprendedurismo. Así, la falta de *expertise* sanitaria o de grandes capitales previamente invertidos en ese sector no constituye impedimento para empresas de otros segmentos, bastando contar con el aparato tecnológico necesario, como hizo el Grupo UOL, tradicionalmente involucrado con la producción de contenido en internet y venta de otros productos.

Obviamente, el abaratamiento representa un atractivo en los segmentos más pauperizados, lo que trae graves repercusiones para el modelo de salud defendido por la Salud Colectiva de sesgo crítico, en algún nivel incorporado por el Sistema Único de Salud (SUS, por su sigla en portugués), aunque en constante amenaza de desconstrucción. Esto porque fortalece la perspectiva de creación de estrategias alternativas al SUS, con el pretexto de que el servicio público no funciona. Lo que no se dice es que el servicio público, incluyendo el SUS, está bajo la “batuta” de un proyecto de contrarreforma, de base neoliberal, que desde hace tiempo distorsiona y fragiliza la esfera pública, lo que se expresa, por un lado, en la subfinanciación de los servicios públicos y, por otro, en la priorización del uso de estos recursos en el pago de intereses de la deuda pública, además de la exoneración de impuestos para empresas privadas.

Cobra ímpetu, además, el modelo biomédico orientado en la asistencia individual y centrado en la enfermedad. Mediante la telemedicina, las acciones de promoción de la salud, con miras a la comprensión y transformación de las relaciones sociales concretas (y de sus reverberaciones en salud), se ven dificultadas puesto que estas dependen del análisis concreto del territorio sanitario, *in loco*, en una perspectiva colectiva de la salud. Se abarata el valor del servicio pagado por el individuo, se abarata el costo de la fuerza de trabajo y de los medios de trabajo necesarios, pero sin garantizar la calidad del servicio en una perspectiva amplia de la salud.

La participación social también se pierde en ese espiral virtual, más aún porque se camufla de “control de calidad” en las evaluaciones de los servicios prestados, realizadas por el individuo en la

propia plataforma, pero que, en verdad, genera datos que sirven para controlar al trabajador de la salud y reunir cada vez más informaciones a servicio de los algoritmos que controlan la “mediación” allí desarrollada, en el sentido de subordinar a los “mediados”.

En síntesis, hay una variedad en las formas por las cuales se da la relación entre los trabajadores de la salud con los diferentes tipos de empresa que tienen plataformas de telemedicina/telesalud. En el caso de los planes y seguros de salud más tradicionales, ya existía un antecedente de vínculos precarios bajo diversas denominaciones (profesionales de la salud acreditados o cooperados), pero ahora, con el ascenso de la uberización, estos pasan a tener relaciones más complejas, puesto que el cooperado o acreditado usa la tecnología del plan/seguro con la intención de fortalecer un ejercicio profesional autónomo, pero que en realidad aumenta el índice de explotación.

En el caso de las nuevas empresas que ya nacen como plataformas digitales, incluyendo las *startups*, este modelo se aproxima a la uberización, como sucede en otros sectores, como el de los choferes y entregadores, puesto que esos casos ni siquiera hay una denominación/reconocimiento de ningún tipo de vínculo con la empresa propietaria de la tecnología, pues ella, supuestamente, solo proporciona la acreditación de los trabajadores de la salud y de los individuos que buscan asistencia en sus plataformas, consideradas neutras en el proceso, pues serían un espacio de encuentro de los dos intereses de esos “actores” sociales.

En ambos casos, la uberización se caracteriza por medio del uso de la tecnología (telemedicina/telesalud) como forma de impulsar la precarización del trabajo, puesto que se enmascara la relación de subordinación de los trabajadores de la salud frente a las empresas capitalistas propietarias de las nuevas tecnologías, lo que se da fuera de los límites convencionales de la relación patrón-empleado, vía contrato de trabajo, pero que los mantienen bajo la égida de la producción y reproducción del capital.

Con la pandemia, esa tendencia dio pasos largos, lo que consubstancia una sofisticación de la subordinación del trabajo (justamente, del trabajo en salud) al capital, en el núcleo de la reestructuración productiva. Aquellos que defienden ese modelo son taxativos sobre la relación pandemia y telemedicina: “Afortunadamente, los primeros pasos están dados y el proceso es ya, irreversible” (Bernabeu-Martínez et al., 2020, p. 180).

A ejemplo de lo que ha ocurrido con los choferes y entregadores, es necesario investigar el desarrollo concreto de este proceso en salud con los trabajadores del sector, estudiando todos los elementos del servicio, desde las tasas que deben pagar hasta el destino real de los datos almacenados en las plataformas. También la evaluación de la calidad del servicio y la percepción de los usuarios deben ser relevadas de aquí en adelante, teniendo en vista tratarse de un modelo relativamente nuevo.

Las tensiones jurídicas y políticas deben permanecer y, por lo que todo indica, caso sigan la tendencia de la uberización en otros sectores, pueden desencadenar reacciones de grupos de trabajadores insatisfechos y organizados para presionar, al menos, por una reglamentación más clara de las relaciones de trabajo efectivamente establecidas. Por el momento, lo que podemos concluir es que la pandemia actúa como catalizadora del avance de la precarización del trabajo en salud, en la forma de uberización (vía telemedicina), con todos sus efectos degradantes desde el punto de vista de la clase trabajadora.

Consideraciones finales

Constatamos que las tecnologías en general siguen la dinámica del desarrollo de los medios de producción bajo la racionalidad predominante. Por lo tanto, aun cuando estas tengan un potencial de resolver ciertos problemas cotidianos, así lo hacen a partir de un campo en el cual el propio capital produce los problemas, determina cuáles de ellos serán enfrentados y dirige las respuestas. La telemedicina y la telesalud se insertan en ese proceso más amplio, siendo expresión de la dinámica capitalista en el sector salud.

A raíz de ello, el proceso de trabajo en salud mediado por las tecnologías de información y comunicación se viene desarrollando frente a un modelo organizacional particular del régimen de acumulación flexible, sobre todo en su aspecto más reciente, en que la uberización surge como una vía aún más sofisticada de controlar y precarizar el trabajo. De forma contradictoria, en el apogeo de la mayor crisis sanitaria en décadas, esta forma de organizar el proceso de trabajo en salud encontró el pretexto ideal para consolidarse, instigando las tensiones en el sector de la salud frente a su mercantilización.

La comprensión de la salud como proceso socialmente determinado y que, por lo tanto, está atravesado por la lucha de clases y dirigido a la esfera colectiva y de la promoción de la salud, obviamente sin olvidar al individuo y la enfermedad, encuentra en ese formato un terreno hostil, lo que implica caminos más fértiles para el modelo biomédico y la desvirtuación de los sistemas de salud pública orientados por perspectivas más amplias.

La explotación de los trabajadores de la salud, ahora acentuada, es un punto neurálgico del proceso, retroalimentando la transformación de la producción del cuidado en reconocimiento del valor, así como provocando retrocesos en la comprensión y materialización de lo que es la salud y la práctica de la salud.

Los momentos atípicos/críticos que exijan la incorporación de ciertas prácticas oriundas de esa racionalidad no pueden servir de laboratorio para gestar su hegemonía. Al contrario, debe ser un espacio para aprender sus contradicciones, en el límite de las posibilidades y necesidades coyunturales, pero vislumbrando superarlas, desde una perspectiva de emancipación de la práctica de la salud.

Notas

¹ Siempre que nos referimos a cómo el trabajo en salud se hace efectivo, teniendo en vista la articulación de sus elementos internos, utilizaremos “proceso de trabajo en salud”. Cuando la mención sea de carácter genérico, utilizaremos solo “trabajo en salud”, como categoría teórica abstracta.

² Aquí, se consideran *startups* como siendo aquellas empresas que traen servicios innovadores al mercado, desarrollados como prototipos vía tecnología, pero con potencial de ser escalable (cambiando el *status* de la propia *startup* para gran empresa en poco tiempo) y reproducible.

Informaciones del artículo

Contribución de los autores

DOS y CPA han contribuido en forma sustancial en la concepción, planificación, relevamiento de material, análisis, redacción, revisión y aprobación de la versión final del artículo.

Financiación

No aplicable.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses.

Aspectos éticos

Por tratarse de un estudio teórico, basado en documento de acceso público, no fue necesaria la evaluación por parte del comité de ética.

Presentación previa

El artículo se escribió específicamente para su publicación en revista, no se trata de producto de trabajo previo.

Referencias

ABÍLIO, Ludmila C. Uberização: do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. *Psicoperspectivas*, Valparaíso, v. 18, n. 3, p. 41-51, nov. 2019. DOI:10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue3-fulltext-1674.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Nota técnica n. 6/2020. Brasília, 2020. Disponible en: http://www.ans.gov.br/images/Nota_T%C3%A9cnica_06_DIDES.pdf. Acceso el: 20 ene. 2021.

ALVES, Giovanni. *Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho*. 2. ed. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2. ed. 10. reimp. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, Ricardo. Proletariado digital, serviços e valor. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil IV: trabalho digital, autogestão e expropriação da vida: o mosaico da exploração*. São Paulo: Boitempo, 2019. p. 15-23.

ARAÚJO-DOS-SANTOS, Tatiane et al. Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem nos hospitais públicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, n. 52, e03411, 2018. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017050503411>.

BERNABEU-MARTÍNEZ, Mari A. et al. La 'nueva normalidad': ¿qué opinan nuestros pacientes? *Hospital a Domicilio*, Alicante, v. 4, n. 4, p. 171-184, dez. 2020. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.112>.

BERTASSO, Carolina P. et al. Telemedicine in long-term elderly care facilities as 'social accountability' in the context of Covid-19. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v. 45, n. 1, e023, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200312.ing>.

BRASIL. Lei n. 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*, Brasília, 16 abr. 2020. Seção 1, p. 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 27 abr. 2021.

CAMBRICOLLI, Fabiana. Consultas virtuais crescem após pandemia e regulamentação. Portal Terra, São Paulo, 20 jul. 2020. Seção Saúde. Disponível em: <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/consultas-virtuais-crescem-apos-pandemia-e-regulamentacao,fdd98b30e5117d9dc9a90c82bfc7f5bxc84nkan.html>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CHESNAIS, François. Mundialização: o capital financeiro no comando. *Revista Outubro*, n. 5, p. 7-28, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 2.227, de 13 de dezembro de 2018. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 fev. 2019a. Seção 1, p. 58.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 2.228, de 26 de fevereiro de 2019. Restabelece expressamente a vigência da resolução CFM n. 1.643/2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 mar. 2019b. Seção 1, p. 91.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.643, de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 ago. 2002. Seção 1, p. 205.

COSTA, José A. F.; SOLA, Fernanda; GARCIA, Marco A. F. Telemedicina e uberização da saúde: médicos operários ou consumidores? *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 72-88, jul./set. 2020. <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i3.699>.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Telemedicina em meio à pandemia. Portal da Febrasgo, Rio de Janeiro, 15 jun. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1056-telemedicina-em-meio-a-pandemia>. Acesso em: 18 maio 2021.

FILGUEIRAS, Vitor; ANTUNES, Ricardo. Plataformas digitais, uberização do trabalho e regulação no capitalismo contemporâneo. *Contracampo*, Niterói, v. 39, n. 1, p. 27-43, abr./jul. 2020. <https://doi.org/10.22409/contracampo.v39i1.38901>.

GOMES, Rogério M. *Humanização e desumanização no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

KAHN, Fazal. The 'uberization' of healthcare: the forthcoming legal storm over mobile health technology's impact on the medical profession. *Health Matrix*, v. 26, n. 1, p. 123-172, 2016. Disponível em: <https://scholarlycommons.law.case.edu/healthmatrix/vol26/iss1/8>. Acesso em: 9 oct. 2020.

LOURENÇO, Edvânia A. S. Terceirização: a derruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 447-475, jul./set. 2015. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.032>.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro primeiro, tomo I. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988a.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro primeiro, tomo II. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988b.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MÉSZÁROS, István. *A crise estrutural do capital*. São Paulo: Boitempo, 2009.

MOREIRA, Henrique T. et al. Telemedicina em cardiologia para seguimento ambulatorial de pacientes com alto risco cardiovascular em resposta à pandemia de Covid-19. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 116, n. 1, p. 153-157, 2021. <https://doi.org/10.36660/abc.20200715>.

PEDUZZI, Pedro L. CFM autoriza uso de modalidades de telemedicina: medida visa proteger tanto a saúde dos médicos quanto a de pacientes. *Portal da Agência Brasil*, Brasília, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/cfm-autoriza-uso-de-modalidades-de-telemedicina>. Acesso el: 20 ene. 2021

SAÚDE DEBATE. *Startup* do Paraná cria aplicativo para telemedicina. *Portal Saúde Debate*, Curitiba, 23 abr. 2020a. Disponível em: <<https://saudedebate.com.br/noticias/startup-do-parana-cria-aplicativo-para-telemedicina>>. Acesso el: 30 abr. 2020.

SAÚDE DEBATE. Telemedicina: coronavírus impulsiona prática que estava sendo debatida. *Portal Saúde Debate*, Curitiba, 20 abr. 2020b. Disponível em: <<https://saudedebate.com.br/noticias/telemedicina-coronavirus-impulsiona-pratica-que-estava-sendo-debatida>>. Acesso el: 30 abr. 2020.

SCHEFFER, Mário et al. *Demografia médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index10/?numero=23&edicao=5058#page/3>>. Acesso el: 6 mar. 2020.

SILVA, Raimunda M. et al. Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem no Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 135-145, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28902019>.

SLEE, Tom. *Uberização: a nova onda do trabalho precarizado*. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

SOUZA, Diego O. Cuidado em saúde e alienação: relação mediada pela tecnologia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, e200776, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.200776>.

SOUZA, Diego O.; MENDONÇA, Henrique P. F. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 543-552, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0482>.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). Quem somos. *Portal Unidas*, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://unidas.org.br/a-unidas/#>. Acesso el: 11 jun. 2021.