

Transformación de la comunicación médico-paciente en la era de las tecnologías digitales

Isaac Guedes de Oliveira¹, Agnes Pegorim Martins de Oliveira Freitas¹, Pedro Augusto de Almeida Albuquerque Damasceno¹, Thiago Casali Rocha¹, Angela Aparecida Peters¹

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, Brasil.

Resumen

Estudio cualitativo que tuvo como objetivo analizar las transformaciones en la relación médico-paciente asociadas al uso de tecnologías digitales en la práctica clínica desde la perspectiva de los médicos. Fueron entrevistados 15 médicos en un hospital de la Zona da Mata de Minas Gerais. El análisis de los datos siguió la técnica de análisis de contenido de Bardin. Surgieron tres categorías temáticas: obstáculos en la comunicación interpersonal; impactos de las innovaciones tecnológicas; y efectos de la autonomía informativa de los pacientes. Los resultados evidencian tensiones entre los beneficios operativos proporcionados por las tecnologías y la preservación del vínculo humano en la atención. Los profesionales reportan dificultades de adaptación, señalan la deshumanización de la atención y destacan el desafío ético de tratar con pacientes cada vez más informados, aunque no siempre de manera crítica. Se concluye que la práctica médica contemporánea exige la integración entre la innovación tecnológica y el compromiso ético, con valorización de la escucha, la empatía y una comunicación accesible.

Palabras clave: Informática médica. Relaciones médico-paciente. Evolución clínica. Relaciones interpersonales.

Resumo

Transformação da comunicação médico-paciente na era das tecnologias digitais

Estudo qualitativo que teve como objetivo analisar as transformações na relação médico-paciente associadas ao uso de tecnologias digitais na prática clínica pela perspectiva dos médicos. Foram entrevistados 15 médicos em hospital da Zona da Mata mineira. A análise dos dados seguiu a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Emergiram três categorias temáticas: obstáculos na comunicação interpessoal; impactos das inovações tecnológicas; e efeitos da autonomia informacional dos pacientes. Os resultados evidenciam tensões entre os ganhos operacionais proporcionados pelas tecnologias e a preservação do vínculo humano no cuidado. Profissionais relatam dificuldades de adaptação, apontam a desumanização do atendimento e destacam o desafio ético de lidar com pacientes cada vez mais informados, porém nem sempre de forma crítica. Conclui-se que a prática médica contemporânea exige integração entre inovação tecnológica e compromisso ético, com valorização da escuta, empatia e comunicação acessível.

Palavras-chave: Informática médica. Relações médico-paciente. Evolução clínica. Relações interpessoais.

Abstract

Transformation of the physician-patient communication in the era of digital technologies

This qualitative study aimed to analyze the transformations in the physician-patient relationship associated with the use of digital technologies in clinical practice from physicians' perspectives. Fifteen physicians from a hospital in the Zona da Mata region of Minas Gerais were interviewed. Data analysis followed Bardin's content analysis technique. Three thematic categories emerged: barriers to interpersonal communication; impacts of technological innovations; and effects of patients' informational autonomy. The results reveal tensions between the operational gains provided by technologies and the preservation of the human bond in care. Professionals report difficulties in adaptation, point to the dehumanization of care, and highlight the ethical challenge of dealing with increasingly informed patients, though not always critically informed. It is concluded that contemporary medical practice requires integration between technological innovation and ethical commitment, with an emphasis on listening, empathy, and accessible communication.

Keywords: Medical informatics. Physician-patient relations. Clinical evolution. Interpersonal relations.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CAAE 76338823.7.0000.5103

Históricamente, la práctica médica se ha basado en un modelo paternalista, que se caracteriza por la centralización del saber técnico-científico en la figura del médico y la consiguiente pasividad del paciente en el proceso terapéutico¹. Con la llegada de la bioética contemporánea y la afirmación de los derechos de los pacientes, se observa un cambio de paradigma que prioriza la autonomía individual, el consentimiento informado y la participación activa del paciente en las decisiones clínicas. Este movimiento se ha intensificado en el contexto actual, impulsado especialmente por el desarrollo de las tecnologías digitales, que están resignificando los roles tradicionales de las personas involucradas en la relación médico-paciente^{1,2}.

Este proceso de transformación tiene un impacto particularmente significativo en la relación médico-paciente, la cual se considera uno de los pilares de la práctica clínica, con un efecto directo en la calidad de la atención, la adherencia terapéutica y los resultados de salud³. En el contexto de la digitalización de la medicina, se han producido cambios estructurales significativos en esta relación. Tecnologías como los registros médicos electrónicos, la inteligencia artificial aplicada a la clínica, la telemedicina, los dispositivos vestibles y los sistemas de apoyo a la decisión están alterando la dinámica de las interacciones clínicas, al tiempo que amplían el acceso de los pacientes a la información y plantean nuevos desafíos para mantener un enfoque empático y centrado en la persona³⁻⁵.

Al principio, las innovaciones tecnológicas en el área de la salud se centraron principalmente en la gestión de la información, como lo demuestra la creciente adopción de sistemas electrónicos para almacenar los datos clínicos de forma segura. Un ejemplo de esta tendencia es el mayor uso de registros médicos electrónicos por parte de los médicos en Estados Unidos, que pasó del 48% en 2009 al 78% en 2013, y alcanzó el 74,1% en 2014 con sistemas certificados^{5,6}.

Más tarde, se observó una transición hacia el paciente, ahora conceptualizado como "paciente experto" o *e-patient*, un individuo empoderado por la internet y que participa activamente en las decisiones clínicas y transforma el modelo tradicional en un enfoque colaborativo. En este escenario, el rol de los profesionales de la salud se reconfigura para traducir y contextualizar el conocimiento técnico a la realidad particular de cada paciente⁵⁻⁷.

Esta transición se hace particularmente evidente en el uso de tecnologías para diagnosticar y monitorear, que contribuyen a un enfoque terapéutico más preciso. Pero, aun así, la sofisticación tecnológica no sustituye las dimensiones subjetivas y relacionales de la atención, que son fundamentales para generar confianza clínica. La presencia física del médico es insustituible, puesto que la humanización de la atención, que implica acciones para mejorar las relaciones interpersonales en el cuidado, sigue siendo fundamental para la eficacia clínica⁸.

La recuperación suele ser más eficiente cuando el paciente se siente acogido y respetado. Por lo tanto, la consulta presencial sigue siendo el estándar de oro, porque permite una escucha más activa, fortalece el vínculo terapéutico y garantiza una atención centrada en las necesidades individuales. Así que se debe entender la telemedicina como una estrategia complementaria, cuyo uso siempre debe guiarse por su adecuación a las necesidades específicas de cada paciente^{9,10}.

El avance de las tecnologías digitales en el área de la salud, incluidos los sistemas de registro electrónico, la inteligencia artificial, la telemedicina y los dispositivos de monitoreo, ha ampliado el acceso a la información y ha transformado significativamente la dinámica de la atención clínica. Dichas transformaciones también se producen en un escenario de creciente medicalización social y sobrecarga de información, en el que los pacientes llegan a las consultas cada vez más informados, o mal informados. Sin embargo, estas innovaciones también resaltan importantes desafíos para preservar el vínculo terapéutico, la empatía y la comunicación centrada en el paciente^{11,12}.

La creciente incorporación de tecnologías digitales en la práctica clínica ha planteado importantes cuestionamientos sobre su impacto en la comunicación, la toma de decisiones y el fortalecimiento del vínculo entre médicos y pacientes. En este contexto, resulta pertinente investigar cómo los profesionales de la salud perciben estas transformaciones y cómo concilian los avances tecnológicos con la preservación de los principios humanísticos en la práctica médica.

Así, este estudio tuvo como objetivo analizar las transformaciones en la relación médico-paciente asociadas al uso de tecnologías digitales en la práctica clínica desde la perspectiva de los médicos.

Método

Se trata de un estudio cualitativo, de carácter descriptivo, realizado según los criterios del Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq).

La etapa de campo se realizó entre agosto y noviembre de 2024, en un hospital de la Zona da Mata de Minas Gerais, cuya cobertura asistencial está totalmente vinculada al Sistema Único de Salud. Los participantes del estudio fueron médicos que trabajan en dicho hospital, seleccionados según criterios de inclusión previamente establecidos, a saber: profesionales con dos años de formación, como mínimo. Se excluyeron los profesionales que estaban de vacaciones o ausentes de sus funciones por cualquier motivo.

El número de participantes se determinó mediante muestreo intencional, y la recopilación de datos se realizó hasta alcanzar la saturación teórica, momento en el que las entrevistas empezaron a presentar información recurrente y ausencia de nuevos elementos relevantes para la comprensión del fenómeno investigado.

Las entrevistas se programaron de forma individual con cada profesional, en días y horarios compatibles con sus rutinas, preferentemente tras su horario laboral, para no interferir en sus actividades asistenciales. Los miembros del equipo de investigación, con capacitación previa en métodos cualitativos, realizaron las entrevistas en áreas reservadas del hospital, para garantizar la privacidad y la confidencialidad de la información. Todo el proceso siguió estrictamente las directrices éticas establecidas por el Sistema CEI/Conep para investigaciones realizadas con seres humanos.

Antes de empezar cada entrevista, se presentaron los objetivos de la investigación a los participantes, quienes tuvieron la oportunidad de aclarar cualquier duda antes de firmar el formulario de consentimiento libre e informado (FCLI). Cada sesión duró aproximadamente 30 minutos. Los investigadores registraron las entrevistas en audio, mediante un dispositivo iPhone 14 Pro, y, luego, las transcribieron íntegramente. Con el objetivo de garantizar la fidelidad de los relatos, el contenido transcrito se puso a disposición de los propios participantes, permitiéndoles revisar sus declaraciones, eliminar información o añadir aportaciones relevantes al estudio.

La entrevista incluyó cuatro ejes principales: 1) obstáculos actuales en la comunicación médico-paciente; 2) impactos de las tecnologías digitales en la práctica clínica; 3) dominio y actualización profesional con respecto a estas herramientas; y 4) implicaciones de la búsqueda previa de información en internet por parte de los pacientes.

Los datos se analizaron según la técnica de análisis de contenido propuesta por Bardin¹³, que está dividida en tres etapas: 1) preanálisis, caracterizada por una lectura flotante y la organización inicial del material; 2) exploración del contenido, destinada a codificar e identificar núcleos de significado alineados con los objetivos de la investigación; y 3) tratamiento, inferencia e interpretación de los resultados.

Primero, se realizó una lectura completa y repetida de las transcripciones de las entrevistas, con el objetivo de familiarizarse con el material empírico. Luego, se identificaron, resaltaron y codificaron las unidades de significado relevantes para los objetivos del estudio.

La codificación se realizó de forma manual, a partir de la identificación de fragmentos significativos de las entrevistas que expresaban ideas centrales o patrones de significado. Se agruparon estos fragmentos en unidades de significado, que sirvieron de base para la construcción de las categorías temáticas, según el enfoque propuesto por Bardin¹³. Dos investigadores involucrados en el análisis de los datos realizaron la codificación y la organización de las categorías y, luego, las discutieron hasta alcanzar un consenso analítico.

A continuación, se compararon los códigos para organizarlos en categorías temáticas más amplias, con el objetivo de identificar convergencias, divergencias y patrones recurrentes en las narrativas de los participantes. Este proceso analítico se realizó de forma iterativa, con revisiones sucesivas de las categorías hasta consolidar la estructura final de análisis. A partir del objetivo de la investigación y las lecturas preliminares, surgieron tres categorías temáticas, que estructuraron la presentación y la discusión de los hallazgos.

Aspectos éticos

Este estudio se sometió a la evaluación de un comité de ética en investigación (CEI). Todos los participantes firmaron el FCLI y la institución

autorizó previamente la realización de la investigación. Para preservar el anonimato, las declaraciones se identificaron con seudónimos formados por la letra “M” seguida de una numeración secuencial según el orden de las entrevistas (M1, M2, y así sucesivamente).

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 15 profesionales médicos con una edad promedio de 47,3±11,9 años, con predominio de participantes del sexo masculino (el 73,3%). Además, entre estos profesionales, tres se graduaron hace relativamente poco tiempo (<10 años), cuatro tienen 30 años o más de graduados, y 12 cuentan con posgrado, máster o doctorado.

Codificación y categorización de los hallazgos

A partir del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas, se identificaron unidades de significado que revelan percepciones, desafíos y transformaciones en la práctica médica contemporánea. Dichas unidades se agruparon en tres categorías temáticas, que surgieron de forma recurrente y significativa en las declaraciones de los participantes.

A continuación, el Cuadro 1 presenta estas categorías de forma sistematizada, junto con sus respectivas unidades de significado, lo que permite visualizar los principales aspectos abordados con respecto a la comunicación médico-paciente, la incorporación de las tecnologías digitales, el dominio técnico-profesional y las implicaciones de la creciente autonomía informativa de los pacientes.

Cuadro 1. Categorías temáticas de la relación médico-paciente

Unidades de significado	Categorías temáticas
Falta de tiempo durante las consultas, empatía, vínculo, sobrecarga digital, contacto fuera de la consulta, cultura de la inmediatez, barreras educativas	Obstáculos contemporáneos en la comunicación interpersonal médico-paciente
Registros médicos electrónicos, telemedicina, exposición, ausencia de examen físico, resistencia generacional, capacitación, tecnologías consolidadas	Transformaciones tecnológicas en la práctica clínica y la formación médica
Pacientes informados, fake news (noticias falsas), ideas erróneas, filtro crítico, diálogo más profundo	Implicaciones de la autonomía informativa del paciente y sus efectos en la relación médico-paciente

Obstáculos contemporáneos en la comunicación médico-paciente

La comunicación interpersonal entre el médico y el paciente, que es un pilar fundamental para una práctica clínica humanizada, enfrenta actualmente una serie de obstáculos impuestos por las transformaciones sociales y tecnológicas. El avance de la digitalización, la presión por productividad, el tiempo limitado en las consultas y el uso de un lenguaje técnico poco accesible contribuyen a un distanciamiento en esta relación.

Las siguientes declaraciones demuestran los desafíos que se experimentan en la práctica profesional cotidiana y revelan los impactos de la mecanización de la atención y la hiperconectividad en la calidad del vínculo y la atención médica.

“Creo que el tiempo de atención es muy acelerado. Las personas tienen mucha información y quieren

respuestas muy rápidas. Y eso perjudica mucho la atención individual del médico al paciente.” (M1)

El tiempo limitado de las consultas, sobre todo en el sistema público, se señala como un factor que dificulta la construcción de un vínculo significativo entre el médico y el paciente:

“el tiempo de la consulta, sobre todo en la atención pública, esos 15 minutos previstos para la consulta, muchas veces hacen que el médico tenga que acelerar la atención (...), pero creo que el médico también tiene el papel de garantizar que la consulta sea de calidad, que esa comunicación ocurra.” (M5)

Otro aspecto que también se resaltó fueron las barreras lingüísticas y educativas, que se consideran un obstáculo significativo para la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes. Usar una terminología técnica, junto con los

bajos niveles de escolaridad de la población, puede dificultar la comprensión de las directrices médicas y comprometer la adherencia al tratamiento, como lo demuestran los siguientes fragmentos:

“Creo que es el propio lenguaje, la falta de información de la población. Y la cultura, de forma general, porque hoy los pacientes tienen dificultades para comprender el lenguaje del médico y el médico tiene dificultades para expresarse de una manera que el paciente entienda lo que quiere decir.” (M2)

“Creo que el médico necesita una formación más humanística, (...) hablar un lenguaje que el paciente entienda. No necesita hablar mal, pero tiene que utilizar un lenguaje que sea accesible para el paciente, y tiene que tratarlo con mucho respeto.” (M10)

La creciente mecanización de la atención en el área de la salud, impulsada por la presión del tiempo y el uso intensivo de tecnologías, ha contribuido a deshumanizar las relaciones clínicas. Este fenómeno compromete la empatía y la escucha activa, que son elementos fundamentales para una práctica centrada en el paciente, como lo demuestran las siguientes declaraciones:

“Son modernidades que seguramente han venido a sumar, pero uno tiene que poner un límite muy claro para no volverse dependiente de eso. Necesitamos tiempo para hablar, registrar la información y examinar al paciente. Estamos viendo cada vez más esto de enviar recetas por computadora o por WhatsApp. Creo que eso se está perdiendo y que incluso está poniendo en riesgo al profesional que lo hace.” (M6)

“Creo que lo que está perjudicando la relación médico-paciente es que la medicina se ha vuelto muy mecanizada y, muchas veces, el médico ya quiere mirar los exámenes y se olvida de examinar al paciente. Esto ha perjudicado bastante.” (M10)

Transformaciones tecnológicas en la práctica y formación médica

Las transformaciones tecnológicas están impactando la práctica clínica y la formación médica. Las herramientas como los registros médicos electrónicos, la telemedicina, la inteligencia artificial y las recetas electrónicas se han incorporado progresivamente a la práctica cotidiana de los

profesionales de la salud, lo que modificó las dinámicas de atención, la relación médico-paciente y los métodos de enseñanza. Estos cambios requieren una adaptación constante, lo que revela tanto los beneficios de estas innovaciones como los desafíos que plantean, sobre todo con respecto a la formación profesional, el mantenimiento de la calidad de la atención y la preservación del contacto humano en la práctica médica.

Algunos fragmentos demuestran esta percepción:

“Cuando trabajas con un registro médico electrónico, con una firma digital, disminuyes los fraudes (...) puedes archivar toda esa información en gran cantidad, de forma accesible y (...) mejorar la atención al paciente.” (M1)

“Empecé una medicina totalmente en papel. (...) Hoy vivo una medicina totalmente electrónica. (...) Tengo el registro médico de mi paciente en la palma de la mano a través de mi móvil. (...) sé cuáles fueron los últimos exámenes, cuál fue mi última conducta.” (M4)

Usar la telemedicina proporciona ventajas en cuanto a la accesibilidad, pero también plantea preocupaciones sobre la ausencia de examen físico y la limitación para observar aspectos del comportamiento del paciente. Dichas limitaciones pueden comprometer la calidad del diagnóstico y la integralidad de la atención, como lo demuestran las siguientes declaraciones:

“Hay algunos puntos que son un poco arriesgados (...) concluir toda una atención a través de una consulta en línea. Porque el examen físico es parte de la consulta.” (M3)

“En la consulta en línea (...) se pierde mucho. (...) cómo está vestido el paciente, cómo camina, su comportamiento durante la consulta, creo que (...) se pierde mucho.” (M11)

“Es una evolución, las nuevas tecnologías, pero nada supera la relación médico-paciente, la interacción cara a cara, el día a día, el apretón de manos y la sonrisa.” (M13)

La rápida evolución tecnológica en el área de la salud ha generado grandes desafíos para los profesionales formados en generaciones anteriores. La dificultad de adaptación y la falta de una formación

específica durante sus estudios refuerzan la necesidad de apoyo institucional y actualización continua, como lo demuestran las siguientes declaraciones:

"Una inseguridad que tengo como profesional es no dominar las tecnologías de la manera como me gustaría (...) hoy en día, eso debería ser un tema relevante en la facultad, incluso con una asignatura específica." (M3)

"No somos nativos digitales. Nos esforzamos por adaptarnos, pero todavía es difícil. Creo que las escuelas van a tener que ayudarnos con eso." (M7)

"Hago cursos, me esforcé, ¿sabes? La domino. Entonces, tuvimos que perfeccionarnos, aprender, la facultad también puso todos estos recursos a nuestra disposición, lo que contribuyó muy positivamente (...) para que todos pudiéramos aprender todas estas tecnologías." (M10)

Algunos profesionales han reconocido la telemedicina como una herramienta complementaria a las consultas presenciales. Cuando se integra adecuadamente, puede fortalecer el seguimiento clínico y ampliar el acceso a la atención, sin sustituir la evaluación física directa, como lo demuestran las siguientes declaraciones:

"La telemedicina es favorable en ese sentido como un complemento de la consulta presencial (...) fortaleciendo siempre (...) la evaluación presencial." (M4)

"Tienes esa posibilidad de prescribir una receta electrónica (...) realizar un seguimiento en línea de ese paciente al que ya vienes atendiendo (...) que presenta una crisis (...) y puedes brindarle ese apoyo." (M15)

Autonomía informativa y sus efectos en la relación médico-paciente

La creciente autonomía informativa de los pacientes, impulsada por el fácil acceso a contenido médico en internet, ha modificado de forma significativa la dinámica de la relación médico-paciente. Este fenómeno puede enriquecer el diálogo clínico, al promover una toma de decisiones más compartida, pero también plantea desafíos, como la difusión de *fake news*, diagnósticos erróneos y la necesidad de que los profesionales estén mejor preparados para responder cuestionamientos.

Así, el papel del médico se amplía al de mediador crítico entre el saber técnico y el conocimiento popular, como se observa en algunas declaraciones:

"Creo que es fundamental que la persona busque información. Y también le corresponde al médico saber, porque un buen médico (...) va a poder confirmar o discrepar." (M1)

"Toda tecnología puede llegar, pero no podemos olvidarnos de examinar al paciente con nuestras manos. (...) Si él acudió a ti, es porque tiene dudas. Así que te corresponde a ti aclarárselas." (M10)

La desinformación y la difusión de *fake news* interfieren en la relación médico-paciente y dificultan la adherencia al tratamiento, lo que genera inseguridad y desconfianza, como lo demuestran las siguientes declaraciones:

"Puede confundir las fake news con información verdadera (...) es muy común que el paciente llegue y diga que tomó un medicamento (...) que causa cáncer, por ejemplo, y no es así." (M2)

"El paciente, a veces, llega con convicciones tomadas de internet que son totalmente equivocadas (...) y termina generando una relación de desconfianza. ¿Será que mi médico sabe?" (M4)

Ante la desinformación y las nuevas dinámicas en la atención, los médicos resaltan la importancia del filtro crítico y la paciencia como estrategias fundamentales para mantener el diálogo y la confianza con los pacientes:

"En general logramos manejar la situación, hablando con el paciente (...) tratando de entender por qué cree que tiene ese diagnóstico." (M5)

"Hay que tener mucha paciencia (...) tampoco puedes pensar que tienes derecho a querer definir todo tipo de conducta en ese momento." (M6)

Construir un modelo de atención compartida requiere un diálogo más profundo y mejor fundamentado, especialmente al tratar con pacientes que llegan con información previa cuestionable, como lo demuestran las siguientes declaraciones:

"El paciente es consciente del tratamiento al que se está sometiendo (...) pero (...) tenemos que explicar con mucho más detalle todas esas cuestiones." (M9)

“Sé que hay muchos casos en los que los pacientes se hicieron un diagnóstico a través de Google o de la inteligencia artificial y ya llegan con una idea preconcebida, esperando algo. Y desmontar ese razonamiento, a veces, cuesta mucho trabajo, ¿sabes?” (M11)

“Cuando ese paciente llega con mucha información (...) lo que veo es que la mayoría de las fuentes son muy malas (...) así que realmente tienes que hablar más y de una manera más fundamentada.” (M15)

Discusión

Los resultados presentados demuestran aspectos importantes para orientar las discusiones sobre los obstáculos contemporáneos en la comunicación interpersonal médico-paciente, las transformaciones tecnológicas en la práctica clínica y la formación médica, y las implicaciones de la autonomía informativa del paciente y sus efectos en la relación médico-paciente.

La comunicación interpersonal entre el médico y el paciente se reconoce como un pilar de la práctica clínica centrada en la persona. Sin embargo, las declaraciones analizadas revelan un escenario cada vez más complejo, en el que la lógica de la productividad, el avance tecnológico y las desigualdades socioculturales han comprometido de forma significativa la calidad de esta relación¹⁴.

El tiempo reducido para las consultas, sobre todo en el sistema público de salud, surge como un factor crítico, tal como se menciona en las declaraciones analizadas. Esta limitación de tiempo obliga a los profesionales a priorizar las cuestiones biomédicas y técnicas, muchas veces en detrimento de una escucha activa y de una acogida empática. La escucha no es solo una herramienta de trabajo, sino un gesto ético que reconoce al otro como sujeto. La ausencia de esta escucha puede contribuir a una relación más verticalizada, burocrática y deshumanizada. Estudios recientes demuestran que estos patrones siguen existiendo en Brasil, especialmente en la atención primaria de salud, donde los usuarios manifiestan insatisfacción no solo con el acceso o la infraestructura, sino también con el hecho de que, en su percepción, las demandas emocionales o personales quedan relegadas a un segundo plano¹⁵.

El lenguaje técnico y poco accesible se configura como un obstáculo significativo, sobre todo en contextos en los que una parte de la población tiene un bajo nivel educativo. Usar jergas médicas sin la debida adaptación a un lenguaje comprensible compromete tanto la comprensión como la adherencia al tratamiento, según consta en las declaraciones analizadas. Estudios recientes han demostrado que los pacientes con una baja alfabetización en salud tienen dificultades particulares para comprender términos médicos complejos, lo que puede provocar confusión, inseguridad y una menor participación en la atención de su salud. La comunicación auténtica implica un diálogo entre iguales, con valorización de la escucha mutua y la construcción compartida del conocimiento. Cuando un profesional se presenta como el único poseedor del saber, se agrava la asimetría de poder y se fomenta una relación más verticalizada y deshumanizada^{16,17}.

Además, la creciente mecanización de la atención, impulsada por el uso intensivo de tecnologías como los registros médicos electrónicos, las recetas electrónicas y las consultas a través de plataformas virtuales, ha promovido una práctica médica más distante e impersonal. Aunque estas herramientas aportan beneficios operativos, como se menciona en las declaraciones, también favorecen un enfoque centrado en la enfermedad, en lugar de uno centrado en la persona. La crítica expresada por uno de los entrevistados, al afirmar que “se fijan en el examen y se olvidan del paciente”, demuestra claramente el riesgo de sobrevalorar la tecnología en detrimento del examen físico y la observación clínica directa, que son elementos fundamentales de la medicina tradicional.

Esta deshumanización de la atención no es solo una cuestión técnica, sino también ética y formativa. Estudios recientes realizados en contextos clínicos de complejidad media y alta en Brasil demuestran que la expresión de empatía por parte de los profesionales de la salud se ve significativamente comprometida por la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo y las exigencias institucionales, lo que perjudica el vínculo terapéutico y contribuye a deshumanizar la atención¹⁸. Este contexto no debería justificar el distanciamiento empático; como argumenta Pellegrino¹⁹, la medicina, como práctica moral, exige una actitud de responsabilidad que va más allá de la competencia técnica: exige presencia, escucha y compromiso con el otro.

Por lo tanto, los obstáculos contemporáneos a la comunicación interpersonal entre médico y paciente reflejan tensiones estructurales del sistema de salud, deficiencias en la formación médica y un modelo de atención que todavía está marcado por lógicas productivistas. Urge repensar la práctica clínica con el objetivo de promover formaciones más humanísticas y políticas institucionales que valoren el tiempo dedicado a la atención y el fortalecimiento de las habilidades comunicativas, de modo que los médicos vuelvan a ver y escuchar al paciente como un sujeto integral.

Las innovaciones tecnológicas han transformado profundamente la práctica clínica y la formación médica. Las herramientas como los registros médicos electrónicos, las recetas electrónicas, la inteligencia artificial y la telemedicina ofrecen beneficios operativos, como un mejor acceso a los datos, una mayor eficiencia y un mayor alcance asistencial, pero también plantean desafíos para preservar el vínculo humano y la integralidad de la atención. Por ejemplo, estudios recientes sobre telemedicina muestran que la ausencia de examen físico y de señales no verbales se percibe como una limitación significativa tanto para médicos de familia como para especialistas^{20,21}.

Los profesionales reconocen los beneficios de estas tecnologías, pero critican la posibilidad de que la consulta se vuelva meramente técnica, en detrimento de la observación directa del paciente, algo que, según revisiones recientes, representa un riesgo para la confianza y la humanización de la atención^{22,23}.

La telemedicina se valora como un recurso complementario, pero no como un sustituto de la consulta presencial, especialmente en los casos que requieren un diagnóstico físico o una evaluación presencial. Además, los médicos formados en generaciones anteriores manifiestan dificultades de adaptación y señalan que la formación médica aún carece de preparación específica para afrontar estas transformaciones digitales, tanto en habilidades tecnológicas como en comunicación virtual^{21,24}.

Por otro lado, la ampliación de la autonomía informativa de los pacientes, impulsada por el fácil acceso a internet, ha transformado de forma significativa la relación médico-paciente. Esta autonomía puede enriquecer el diálogo terapéutico y favorecer una toma de decisiones más compartida, pero también exige que el médico actúe

como mediador entre el saber técnico y el conocimiento lego. Reportes recientes señalan que la desinformación, las *fake news* y el autodiagnóstico generan inseguridad y desconfianza, lo que afecta la adherencia al tratamiento. Los pacientes suelen llegar con convicciones equivocadas, lo que exige que el médico no solo posea competencia clínica, sino también paciencia, escucha activa y disposición para explicar en detalle los procedimientos y la evidencia²⁵.

En este escenario, los médicos subrayan la importancia de desarrollar modelos de atención más dialogados y bien fundamentados, que reconozcan el protagonismo del paciente sin renunciar al rigor técnico ni a la responsabilidad ética.

Consideraciones finales

Las transformaciones tecnológicas en el área de la salud han reconfigurado la relación médico-paciente, aportando avances significativos, pero también desafíos éticos y de comunicación. Los profesionales entrevistados reconocen los beneficios de estas innovaciones, como una mayor accesibilidad y rapidez, pero advierten del riesgo de una práctica más técnica y distante, que impacta la empatía, la escucha y la humanización de la atención.

Además, la creciente autonomía informativa de los pacientes exige que los médicos actúen como mediadores entre el saber técnico y el conocimiento popular, y que enfrenten fenómenos como la desinformación y las *fake news*. Ante este escenario, se resalta la necesidad de formar profesionales capaces de integrar la competencia tecnológica con la sensibilidad ética y relacional, para garantizar que la innovación vaya de la mano con la preservación del vínculo humano y la responsabilidad clínica.

Entre los puntos fuertes del estudio, se resalta su enfoque cualitativo, que permitió comprender en profundidad las percepciones y experiencias de los médicos con respecto a las transformaciones tecnológicas que permean la práctica clínica contemporánea. El uso de entrevistas semiestructuradas posibilitó captar matices de la comunicación médico-paciente e identificar las tensiones existentes entre la incorporación de las tecnologías digitales y la preservación del vínculo humano en la atención. Además, el análisis de contenido permitió sistematizar las diferentes dimensiones de esta relación, lo que contribuyó a una

comprensión más amplia de los impactos de las tecnologías en la práctica médica.

Sin embargo, hay que tener en cuenta algunas limitaciones. El estudio se realizó en un solo hospital, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otros contextos institucionales o regiones del país. Además, la investigación incluyó exclusivamente la perspectiva de los médicos, sin incluir la perspectiva de los pacientes ni de otros profesionales de la salud involucrados en la atención, lo que podría ampliar la comprensión del fenómeno estudiado.

Como perspectivas futuras, se sugiere realizar estudios que incluyan a diferentes actores del proceso asistencial, como pacientes, enfermeros y otros profesionales del equipo multiprofesional, así como investigaciones en distintos niveles de la atención en salud. Investigaciones comparativas entre distintos contextos institucionales o regiones también pueden contribuir a una comprensión más profunda de las transformaciones en la comunicación médico-paciente en la era de las tecnologías digitales.

Referencias

1. Kava R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg* [Internet]. 2007 [acceso 10 jan 2025];5(1):57-65. DOI: 10.1016/j.ijssu.2006.01.005
2. Silva HB. Beneficência e paternalismo médico. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2010 [acceso 23 jan 2025];10:419-25. DOI: 10.1590/S1519-38292010000600021
3. Eigeland JA, Moffitt RL, Sheeran N, Loxton N, Jones L. Modelling the associations between the physician-patient relationship and patient outcomes via self-determination theory variables in chronic disease management. *Int J Behav Med* [Internet]. 2025 [acceso 23 jan 2025]. DOI: 10.1007/s12529-025-10371-0
4. Ramachandran M, Brinton C, Wiljer D, Upshur R, Gray CS. The impact of eHealth on relationships and trust in primary care: a review of reviews. *BMC Prim Care* [Internet]. 2023 [acceso 30 jan 2025];24:228. DOI: 10.1186/s12875-023-02176-5
5. Araújo MS, Brito MBR de, Pessoa LTS, Cadête MLX, Marques EJG, Coelho LNL *et al.* Impacto da telemedicina na prestação de cuidados de saúde: desafios e oportunidades. *REASE* [Internet]. 2023 [acceso 30 jan 2025];9(8):1300-6. DOI: 10.51891/rease.v9i8.10990
6. Hsiao C-J, Hing E. Use and characteristics of electronic health record systems among office-based physician practices: United States, 2001-2013 [Internet]. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2014 [acceso 1° mar 2025]. Disponible: <https://bit.ly/4eZMNEr>
7. Ferguson T. e-Patients: how they can help us heal health care [Internet]. San Francisco: Robert Wood Johnson Foundation Quality Health Care Grant; 2007 [acceso 1° mar 2025]. Disponible: <https://bit.ly/4eppl3n>
8. Andrade MCP, Ferreira ACS, Araújo BHS, Braga Neta FD, Santana MAS, Oliveira JSV *et al.* Humanização na relação médico-paciente: um olhar voltado para o cuidado materno-infantil. *Rev Contemp* [Internet]. 2024 [acceso 15 mar 2025];4(8):5307. DOI: 10.56083/RCV4N8-014
9. Após amplo debate, CFM regulamenta prática da telemedicina no Brasil [Internet]. Brasília: CFM; 2022 [acceso 21 mar 2025]. Disponible: <https://bit.ly/4tUoVXC>
10. Topol E. Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Basic Books; 2019.
11. Cruz VB, Oliveira TB, Salles AM, Silva NA, Rabahi M. Relacionamento médico-paciente na era digital: é possível assegurar a empatia? *Rev Goiana Med* [Internet]. 2020 [acceso 15 mar 2025];(58):32-4. Disponible: <https://bit.ly/42fGfu2>
12. Luz PL. Telemedicine and the doctor/patient relationship. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [acceso 24 mar 2025];113(1):100-2. DOI: 10.5935/abc.20190117
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2018.
14. Livieri G, Mangina E, Protopapadakis ED, Panayiotou AG. The gaps and challenges in digital health technology use as perceived by patients: a scoping review and narrative meta synthesis. *Front Digit Health* [Internet]. 2025 [acceso 4 abr 2025];7:1474956. DOI: 10.3389/fdgth.2025.1474956

15. Moraes GS, Menezes ER, Isabella APJ, Pardi PC, Braga C, Filoni E *et al.* A experiência do usuário na atenção primária à saúde brasileira: uma revisão de escopo. ARACÊ [Internet]. 2025 [acesso 4 abr 2025];7(7):36994-7013. DOI: 10.56238/arev7n7-102
16. Lang IA, King A, Boddy K, Stein K, Asare L, Day J, Liabo K. Jargon and readability in plain language summaries of health research: cross-sectional observational study. J Med Internet Res [Internet]. 2025 [acesso 7 abr 2025];27:e50862. DOI: 10.2196/50862
17. Tushe M, Hoxha M, Mera R, Karagozi D, Kupi G. The role of medical terminology in nurse-patient communication: implications for health literacy and patient outcomes [Internet]. Basel: Preprints; 2025 [acesso 8 mar 2025]. DOI: 10.20944/preprints202503.2149.v1
18. Sobrinho Valeté CO, Albuquerque A, Ferreira EAL. Clinical empathy in a medium and high-risk Brazilian unit. Nurs Ethics [Internet]. 2025 [acesso 12 abr 2025];32(1):212-21. DOI: 10.1177/09697330241238334
19. Pellegrino ED. The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. J Med Philos [Internet]. 2001 [acesso 20 abr 2025];26(6):559-79. DOI: 10.1076/jmep.26.6.559.2998
20. Mahdavi S, Fekri M, Mohammadi-Sarab S, Mehmandoost M, Zarei E. The use of telemedicine in family medicine: a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2025 [acesso 20 abr 2025];25:376. DOI: 10.1186/s12913-025-12449-7
21. Tong SYK, Jackson TM, Lau AYS. Virtual physical examination in teleconsultation: a scoping review. Int J Med Inform [Internet]. 2024 [acesso 20 abr 2025];191. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2024.105561
22. Pereira FHM, Santos CAN. Percepções de médicos e pacientes da atenção primária sobre a telemedicina durante a pandemia de covid-19: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2023 [acesso 2 maio 2025];18(45):3468. DOI: 10.5712/rbmfc18(45)3468
23. Akingbola A, Adeleke O, Idris A, Adewole O, Adegbesan A. Artificial Intelligence and the dehumanization of patient care. J Med Surg Public Health [Internet]. 2024 [acesso 2 maio 2025];3. DOI: 10.1016/j.glmedi.2024.100138
24. Kemp M, Rising KL, Laynor G, Miao J, Worster B, Chang AM *et al.* Barriers to telehealth uptake and use: a scoping review. JAMIA Open [Internet]. 2025 [acesso 2 maio 2025];8(2). DOI: 10.1093/jamiaopen/ooaf019
25. Vitale F, Misseri G, Ingoglia G, Bonanno G, Gregoretti C, Giarratano A, Cortegiani A. Fake news and patient-family-physician interaction in critical care: concepts, beliefs and potential countermeasures. Anaesthesiol Intensive Ther [Internet]. 2020 [acesso 2 maio 2025];52(1):42-46. DOI: 10.5114/ait.2020.92648

Isaac Guedes de Oliveira – Estudiante de grado – isaac.oliveira@aluno.suprema.edu.br

 0009-0001-2442-3871

Agnes Pegorim Martins de Oliveira Freitas – Estudiante de grado – agnes.freitas@aluno.suprema.edu.br

 0009-0008-1896-5464

Pedro Augusto de Almeida Albuquerque Damasceno – Estudiante de grado – Ppdamasceno23@gmail.com

 0009-0009-6352-8287

Thiago Casali Rocha – Magíster – thiago.casali@outlook.com

 0000-0003-1658-9713

Angela Aparecida Peters – Doctora – angelapeters.sh@gmail.com

 0000-0002-0363-8371

Correspondencia

Angela Peters – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Al. Salvaterra, 200, Salvaterra, CEP: 36033-003. Juiz de Fora/MG, Brasil.

Contribución de los autores

Isaac Guedes de Oliveira: conceptualización; curación de datos; investigación. Agnes Pegorim Martins de Oliveira Freitas: conceptualización; curación de datos; investigación. Pedro Augusto de Almeida Albuquerque Damasceno: conceptualización; curación de datos; investigación. Thiago Casali Rocha: análisis formal; interpretación de los datos; redacción – borrador original; redacción – revisión y edición. Angela Aparecida Peters: análisis formal; interpretación de los datos; supervisión; redacción – revisión y edición.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 25.9.2025

Revisado: 5.3.2026

Aprobado: 10.3.2026