

## **LA SALUD DIGITAL. ENTRE LA TRANSFORMACIÓN TECNOLÓGICA Y LA PRÁCTICA RELACIONAL SANITARIA UNA REVISIÓN CRÍTICA**

*Brenda Belén Tabata<sup>1</sup>*

### **RESUMEN**

El artículo presenta un análisis crítico sobre la salud digital y su impacto en la práctica relacional sanitaria. El objetivo fundamental es cuestionar si la adopción de las herramientas digitales en los sistemas de salud favorece el bienestar colectivo o si, por el contrario, desplaza el vínculo humano esencial en la atención sanitaria. La metodología utilizada consiste en una revisión documental crítica de instrumentos internacionales emanados de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. La idea central expone que la transformación digital en salud no es un proceso técnico neutral, sino una mutación profunda de los valores sanitarios donde el encuentro relacional entre las partes está siendo sustituido por una mediación algorítmica que reproduce un sistema de biopoder capaz de vigilar y modular la vida, los cuerpos a través de los perfiles digitales. El artículo concluye que el encuentro clínico tradicional está siendo sustituido por una mediación algorítmica que deshumaniza el proceso interactivo colocando en precarización la relación profesional-paciente y propone transitar hacia una sociedad del cuidado donde las tecnologías y la

---

<sup>1</sup> MSc. en Ciencias Administrativas. Mención Gerencia Pública. Licenciada en Fisioterapia. Docente de la Universidad Politécnica Territorial de Los Altos Mirandinos “Cecilio Acosta”. Doctorante del Postgrado Estudios de la Organización. Cohorte 2024-1. UNESR. Año. 2025. brendatabata61@gmail.com

innovación no sustituyan el vínculo humano mediado por la solidaridad. El artículo se inscribe en la línea de investigación Política, Ética y Educación.

*Palabras clave:* práctica relacional sanitaria, salud digital, transformación tecnológica

## **DIGITAL HEALTH. TECHNOLOGICAL TRANSFORMATION AND RELATIONAL HEALTH PRACTICE A CRITICAL REVIEW**

### **ABSTRACT**

This article presents a critical analysis of digital health and its impact on relational healthcare practices. The fundamental objective is to question whether the adoption of digital tools in healthcare systems promotes collective well-being or, conversely, displaces the essential human connection in healthcare. The methodology employed consists of a critical review of international instruments issued by the World Health Organization and the Pan American Health Organization. The central idea argues that digital transformation in healthcare is not a neutral technical process, but rather a profound shift in healthcare values where the relational encounter between the parties is being replaced by algorithmic mediation that reproduces a system of biopower capable of monitoring and modulating life and bodies through digital profiles. The article concludes that the traditional clinical encounter is being replaced by algorithmic mediation that dehumanizes the interactive process, jeopardizing the professional-patient relationship, and proposes a transition towards a care society where technologies and innovation do not replace the human connection mediated by solidarity. This article falls within the research area of Politics, Ethics, and Education.

*Keywords:* Relational healthcare practice, Digital Health, Technological Transformation.

### **Introducción**

La aceleración tecnológica del siglo XXI ha reconfigurado la estructura de las organizaciones de salud desplazando los modelos analógicos hacia

ecosistemas digitales complejos. Este fenómeno, lejos de ser un proceso puramente técnico, representa una mutación profunda de las estructuras, procesos y valores que sostienen los sistemas de salud y las relaciones de los actores involucrados. En el marco de la creación intelectual y la ciencia, resulta imperativo cuestionar si la adopción de estas herramientas en los sistemas de salud impacta positivamente en el bienestar colectivo y el cuidado, o por el contrario, se convierte en un medio para procesar un conjunto de variables y datos relegando el vínculo humano-relacional esencial en la atención sanitaria.

El eje de análisis del artículo cuestiona si la adopción de las herramientas tecnológicas emergentes en el ámbito de la salud impacta positivamente en el bienestar colectivo o, por el contrario, relega el vínculo humano-relacional esencial en la atención de la salud. Para ello, se comienza con un estudio estratégico de la agenda digital contenida en los instrumentos de los organismos multilaterales internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud contrastándolos con una mirada crítica desde la biopolítica y la ética del cuidado. Así mismo, este apartado resume la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2027, cuya visión es mejorar la salud universal mediante soluciones accesibles, sostenibles y centradas en la persona. Igualmente se hace referencia a los ocho (8) principios rectores de la OPS, que incluyen las líneas de acción de la Salud Digital Inclusiva.

Seguidamente se describe el aumento exponencial de las herramientas tecnológicas tras la pandemia de COVID-19 y el auge de las tecnologías emergentes en salud, reconociendo su potencial en la mejora de la gestión del sistema de salud sin dejar de advertir los riesgos significativos que conllevan los sesgos algorítmicos y la deshumanización del cuidado humano. Dando continuidad al análisis, se discute como los sistemas digitales pueden colonizar el mundo de la vida, anteponiendo procesos administrativos y criterios de eficiencia al entendimiento mutuo. Desde la perspectiva Foucaultiana se aborda como las tecnologías digitales a través de interoperatividad, gestionan la vida y administran cuerpos penetrando el espacio privado del individuo y el colectivo desarrollando una gubernamentalidad algorítmica. La transformación digital de la salud promueve brechas de inequidad y colonialidad del saber y el poder bajo la premisa de la seguridad pública.

Finalmente, el artículo integra el concepto de la “Sociedad del Cuidado” que prioriza la sostenibilidad de la vida y la igualdad de género.

Se propone una integración estratégica donde la tecnología no reemplace al cuidado, sino que lo fortalezca, permitiendo que el personal sanitario recupere tiempo de atención y escucha. La reflexión crítica proyecta que la mayor innovación tecnológica sigue siendo el vínculo humano mediado por la solidaridad, por lo tanto, el algoritmo debe estar al servicio de la vida y el respeto a la dignidad humana.

### **La agenda digital en salud**

La transformación digital en salud se define como el modo en que las tecnologías cambian las reglas de la participación, las formas de trabajar, interactuar y pensar dentro del sistema sanitario. La transformación implica un rediseño profundo de los procesos de organización, interacción y atención para llevar información precisa a las personas adecuadas en el momento oportuno para facilitar la toma de decisiones. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) busca como principio rector el uso de las herramientas tecnológicas, priorizando según sus enunciados, las poblaciones más vulnerables desde el ámbito social, económico, geográfico, así como aquellos con deficiente alfabetización digital a fin de ampliar su cobertura universal de la salud.

La estrategia planteada por la OPS asegura que una implementación correcta del proceso de transformación permitirá al profesional de la salud el acceso al registro y a la historia clínica completa del paciente con datos actualizados para un diagnóstico preciso. Desde la perspectiva del paciente propone un empoderamiento a través del acceso a sus propios datos con mayor facilidad para agendar citas, así como acceder a un tele monitoreo de sus enfermedades crónicas reduciendo así traslados innecesarios, lo cual redundaría en una optimización de recursos, transferencias en los flujos de información y una mejor preparación para futuros eventos, emergencias sanitarias o pandemias.

En esencia, el objetivo último de la estrategia es asegurar que la información permita decisiones clínicas, administrativas y de políticas públicas en el ámbito sanitario con el menor gasto sanitario posible. Con el lema “Llevando salud a cada rincón de América” La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud presenta un Plan Estratégico como principal instrumento para ejecutar en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030 (ASSA2030), en él se establecen once (11) metas que constituyen los objetivos, así como el

nivel de impacto del plan de modo que oriente las acciones relacionadas con la salud.

En ese marco de acción, el primero de diciembre del año 2025 se presentó la Estrategia Mundial sobre salud digital o *eSalud* 2020-2027. La estrategia se presentó como parte del punto del orden del día ante el Consejo Ejecutivo en febrero de 2020. Tras examinar el informe sobre el proyecto de estrategia mundial sobre salud digital, el Consejo decidió recomendar la adopción del documento a la 73.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.

La visión de la estrategia global es “mejorar la salud de todos, en todas partes”, acelerando el desarrollo y la adopción de soluciones de salud digital centradas en la persona, apropiadas, accesibles, asequibles, escalables y sostenibles, para prevenir, detectar y responder a epidemias y pandemias, desarrollando infraestructura y aplicaciones que permitan a los países utilizar datos de salud para promover la salud y el bienestar, y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el año 2021 la OPS publicó un documento titulado “La salud digital inclusiva” (OPS. 2021) que, según su reseña, instituye las bases para garantizar la equidad y el acceso a la salud digital. En la publicación el organismo multilateral presenta ocho (8) principios rectores que guiarán la salud inclusiva y conectada de la transformación digital del sector salud a partir de las siguientes líneas de acción:

1. Asegurar la conectividad universal en el sector salud para el 2030.
2. Cocrear bienes de salud pública digitales por un mundo más equitativo.
3. Acelerar hacia una salud digital inclusiva con énfasis en los más vulnerables.
4. Implementar sistemas de información y salud digital interoperables, abiertos y sostenibles.
5. Transversalizar los Derechos Humanos en todas las áreas de la transformación digital en salud.
6. Participar en la cooperación mundial sobre inteligencia artificial y cualquier tecnología emergente.
7. Establecer mecanismos de confianza y seguridad de la información en el entorno digital de la salud pública.
8. Diseñar la arquitectura de la salud pública en el área de la interdependencia digital.

La transformación digital (TD) se trata de cómo las tecnologías cambian las reglas de participación, las formas de trabajar e interactuar y la

manera de pensar de una organización o sector. Para Bagolle, Casco y Néelson (2022) existen tres componentes igualmente importantes para la transformación digital: las personas, los procesos y la tecnología. Se deja claro que su puesta en práctica solo es posible si se rediseñan los procesos de atención de la salud, lo que a su vez implica la confianza que se pueda crear en los usuarios de los servicios de salud.

Tomando en cuenta Informes digitales mundiales para el año 2019 en relación a la conectividad global, los estudios revelan que aproximadamente 3.260 millones de personas utilizan las redes sociales en dispositivos móviles incrementándose de forma interanual en más del 10% de nuevos usuarios, lo cual demuestra que las tecnologías digitales son parte integral de la vida cotidiana y que la población mundial se encuentra altamente interconectada aun cuando existen brechas de conectividad en zonas rurales y acceso geográfico difíciles, que por cierto son generalmente pobladas por comunidades vulnerables.

Un balance crítico de los ocho principios revela una propuesta muy ambiciosa que enfrenta barreras estructurales profundas en su aplicación práctica relacionadas con la brecha de la infraestructura de conectividad, las barreras idiomáticas, la digitalización forzada, la seguridad de los datos privados de los usuarios y el financiamiento sostenible necesario en los sistemas de información.

### **Tecnologías emergentes en salud**

La revolución tecnológica en salud se vino dando mucho antes de la pandemia COVID-19, sin embargo, se reconoce un aumento exponencial del desarrollo de las ayudas tecnológicas en salud a partir de la pandemia, esta revolución remodela el campo de las prácticas médicas, marcando el comienzo de una era de innovación sin precedentes.

En esa transformación digital; las tecnologías como la Internet de las cosas, la atención virtual, el monitoreo remoto, la inteligencia artificial generativa, el análisis de big data, la cadena de bloques, las aplicaciones robóticas, la computación en la nube, los dispositivos tecnológicos inteligentes portátiles (wearables), las impresiones 3D, las plataformas, la ciberseguridad, la realidad inmersiva, la realidad virtual aumentada, la analítica de datos, entre otras, son herramientas que permiten el intercambio y captura remota de datos, la atención a distancia, el intercambio y almacenamiento de datos relevantes en todo el ecosistema de salud, creando un continuo de

atención que busca obtener potencial para mejorar los resultados de salud al mejorar la autogestión y la atención centrada en la persona, así como la creación de más conocimientos, habilidades y competencias basadas en la evidencia para que los profesionales apoyen la atención sanitaria.

Se entiende por telemedicina la prestación de servicios de medicina a distancia. Para su implementación se utilizan usualmente tecnologías de la información y las comunicaciones. Cardier, et al (2016). Las posibles aplicaciones de la Telemedicina pueden ser la tele prevención, el tele diagnóstico, la tele monitorización, la tele consulta, la tele emergencia, la tele vigilancia epidemiológica.

La implementación de estas herramientas no está exenta de riesgos, presenta una dualidad entre eficiencia operativa y criterios éticos que implican la accesibilidad por diseño, sesgos algorítmicos, barreras de costo y financiamiento, propiedad intelectual, riesgo de relación de dependencia y colonización, la estandarización de protocolos de atención, el acceso no autorizado a datos sensibles, así como la deshumanización del cuidado humano y la pérdida del vínculo sanitario.

En este sentido, un estudio realizado por Omboni et al. (2021), titulado “El impacto mundial de la telemedicina durante la COVID-19: evidencia actual y recomendaciones para el futuro” señala que durante la pandemia de COVID-19, la salud digital se consolidó a nivel mundial como un recurso indispensable para mejorar la vigilancia de los pacientes, frenar la propagación de enfermedades, facilitar la identificación y el tratamiento oportunos de los enfermos y, sobre todo, garantizar la continuidad de la atención de los pacientes frágiles con múltiples enfermedades crónicas de las personas sujetas a confinamiento. Si bien durante la COVID-19 y durante el periodo 2020 a 2021 la salud digital prosperó significativamente, se reconoce que aún persisten importantes deficiencias y profundización de las brechas de inequidad.

El uso de las tecnologías portátiles para detectar problemas de salud sometidos a validación científica de fiabilidad y la aplicabilidad práctica arrojan resultados cuestionables. Como muestra, la medición no invasiva de la presión arterial (PA) se ha vuelto más frecuente gracias al uso de dispositivos portátiles tipo reloj inteligente mediante la técnica de fotoplestismografía (PPG). Sin embargo, estudios independientes recientes (2025) han cuestionado la fiabilidad de estos dispositivos para uso clínico por presentar márgenes error en sus métricas que tendía a sobreestimar los valores bajos de PA y a subestimar los altos, lo cual incide negativamente en la

toma de decisiones por parte del equipo de profesionales de la salud en cuanto diagnósticos confiables y tratamientos a seguir.

### **Las tecnologías digitales y la reconfiguración de la biopolítica**

La ciencia de los datos y las tecnologías emergentes en salud mencionados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (2023) puede considerarse instrumentos contemporáneos de la biopolítica. Las tecnologías digitales plantean un desafío en salud al funcionar como sistemas de biopoder que trasciende la atención sanitaria tradicional. Desde la perspectiva de la arquitectura de vigilancia de Michel Foucault, las tecnologías digitales a través de interoperatividad, extienden la mirada institucional más allá de las paredes de los centros de salud, gestionando vida, administrando cuerpos y penetrando el espacio privado del individuo y el colectivo.

La biopolítica de la especie humana como mecanismo del biopoder, se despliega cuando las tecnologías digitales constituyen un entramado de mecanismos de control sobre la vida y la muerte individual y poblacional gestionando procesos biológicos orientados y adaptados a los requerimientos económicos y políticos necesarios para la producción y articulados por normas y controles reguladores. Como lo planteó Tellez<sup>2</sup>, la biopolítica de la especie humana pretende:

...el funcionamiento de una sociedad en la que todos sus aspectos sean regulados, racionalizados, calculados, controlados; razón por la cual se plantea no sólo la exigencia de efectos de individualización que hace de los individuos “casos”, como objetos de saber y como objetivos de poder a ser examinados, comparados, clasificados, distribuidos, organizados, evaluados, juzgados; sino también de efectos de totalización ligados a las formas de gestión y control de las poblaciones.

Desde el análisis foucaultiano, la forma de gestión desde el modelo de salud digital ha mutado y no actúa solo sobre los cuerpos físicos, sino sobre sus dobles digitales como parte de un ecosistema de big data más amplio. La gubernamentalidad tradicional, como el arte de gobernar

---

2 Manuscrito no publicado, realizado por la Dra. Magaldy Téllez. Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad Central de Venezuela. Coordinadora del Programa Postdoctoral en Filosofía y Ciencias Humanas en Nuestra América y de la Línea de investigación Política, Ética y Educación: replanteamientos teóricos e implicaciones prácticas de la Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez.

expuesta por Foucault en el año 1978 operaba mediante leyes y normas sociales que actualmente se ha expandido hacia la versión algorítmica, actuando a través de la recolección masiva de datos y el procesamiento automatizado, desplazando al sujeto político por un perfil de datos, exponiendo la biopolítica de la salud contemporánea como una gubernamentalidad algorítmica omnipresente pero invisible, donde el poder ya no necesita que el individuo actúe para ser gobernado porque el algoritmo ya ha predicho su perfil de riesgo a través de una intervención estadística permanente.

Bajo esta mirada, a partir de la gestión de la Pandemia del Covid-19 se marcó la transición de un control disciplinario basado en el hospital y la vigilancia física a un diagrama biopolítico digital. En ese contexto se extrajeron y acopiaron gran cantidad de datos a través de aplicaciones digitales relacionadas con reporte de síntomas de los estados de salud, vigilancia epidemiológica, códigos QR para registros de ubicaciones, rastreo de contactos, resultados de pruebas de laboratorio entre otros, desplazando el criterio médico presencial hacia algoritmos y plataformas extranjeras, cediendo datos sanitarios que de algún modo establecieron criterios de lo que era normal y lo que no.

La experiencia durante la pandemia pudiera compararse con la policía médica desarrollada por Johann Peter Frank desplegada en gran parte de Europa en el marco de la Medicina del Estado entre los siglos XVIII y XIX, el propósito inicial era desarrollar un Estado vigilante de la comunidad a través de una función reguladora como expresión de una gubernamentalidad política. Mientras la policía médica de Frank buscaba normalizar los cuerpos mediante la vigilancia y la disciplina, la salud digital busca rastrearlos y modularlos mediante el dato. En esta analogía, el médico inspector de la policía médica ha sido reemplazado por el algoritmo, en ambos casos el control se volvió molecular de la vida humana.

La realidad actual postpandemia muestra que la digitalización como agenda global se presenta como una herramienta eficiente para reducir costos y ampliar la cobertura de atención, sacrificando el vínculo terapéutico, los avances tecnológicos se intensifican, actuando sobre cuerpos, poblaciones y gestionando la vida. Sin menoscabo del valor de la tecnología para salvar vidas y acortar distancias, debe asegurarse que la transformación digital de la salud no profundice la vigilancia intrusiva, las brechas de inequidad y la colonialidad del saber y el poder bajo la premisa de la seguridad pública.

Para Pedersen y Sudzina (2023) las diversas barreras financieras, organizativas y regulatorias dificultan el desarrollo, la prueba y la ampliación de la salud digital. El sector sanitario sigue siendo en gran medida analógico, abarcando organizaciones físicas e interacciones presenciales entre ciudadanos y profesionales sanitarios.

### **La salud digital y la relación terapéutica en el ámbito sanitario**

La relación terapéutica en el ámbito sanitario constituye el cimiento del entendimiento clínico que forma parte del proceso de construcción de la salud y del andamiaje relacional. Ese entendimiento no se mide por la cantidad de encuentros o consultas sino por la calidad del encuentro mutuo. El vínculo terapéutico resulta fundamental para promover una atención humanizada y satisfactoria del equipo sanitario y en este sentido la salud digital plantea un desafío para el desarrollo de esa relación terapéutica. A propósito de la humanización, Gutiérrez (2017) plantea:

...la creciente tecnificación de la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y el control de los costes, la presión asistencial, la masificación, la falta de tiempo, el trato inadecuado e impersonal a la persona enferma, han hecho que con frecuencia el personal sanitario pueda anteponer aspectos meramente administrativos, económicos o procedimentales a la prestación de un auténtico servicio orientado al ser humano. (p. 29)

La relación de los profesionales sanitarios con el paciente y sus familiares es una relación compleja. Desde el enfoque dialógico, el mundo de la vida se construye a través del lenguaje y la acción comunicativa. Sin embargo, los sistemas sociales colonizan el mundo de la vida al apropiarse de sus procesos de acuerdo con una lógica externa de mercado y poder, lo que debilita el conocimiento y la comprensión mutua.

Habermas en su Teoría de la Acción Comunicativa propone que el mundo de la vida es el correlato de los procesos de entendimiento. La perspectiva de Habermas ha sido un tema de interés para algunos investigadores en el ámbito sanitario. Resulta oportuno referirme al texto de Segura (2015) titulado “Atención primaria en salud y las Tic. Una mirada desde la perspectiva de Habermas.” Allí la autora, desde su análisis, establece la relación médico-paciente, enmarcado en la Teoría de la Acción Comunicativa

y reconoce que las tecnologías de Información y Comunicación específicamente en atención primaria, representan una herramienta útil en el ámbito de la salud siempre y cuando se aborde desde el mundo de la vida de cada grupo involucrado, en otras palabras, las Tic pueden ser un medio válido para la acción comunicativa en salud desde el mundo de la vida y su éxito dependerá de la garantía del fortalecimiento de los nexos entre los actores involucrados.

En ese mismo artículo, Segura, citando a Hernández, señala que para que se logre una efectiva interacción entre el médico y su paciente, y en consecuencia se alcancen los propósitos de la comunicación, resulta necesario tomar en cuenta lo que Habermas llama El Mundo de la Vida, entendido como “el lugar trascendental donde se encuentran el hablante y el oyente, donde de modo recíproco, pueden validar o criticar sus pretensiones y finalmente llegar a acuerdos”. (Segura, M., 2004, p.7).

Desde el ámbito de la psicología Quevedo y Benavente (2019) fundamentados en los trabajos de Peabody (1927) y Bayés (2004), indican la necesidad de que los sanitarios aprendan a explorar al sujeto desde la observación, su existencia, sus experiencias, sus discursos, la expresión de sus rostros, sus circunstancias y sus expectativas acerca del estado de su la salud. Los autores colocan en el tapete un punto interesante relacionado con el afrontamiento de los pacientes ante un diagnóstico desfavorable de su salud y la necesidad del sanitario de abordar y comunicar esa información de manera idónea evitando un así un alto impacto emocional que complicaría su estado de salud y la posibilidad de búsqueda de información poco fiable por medios digitales. Al respecto Quevedo y Benavente (2019) señalan lo siguiente:

...todo acto médico está compuesto por tres procesos que se realizan de forma paralela: los cuidados físicos, los cuidados conductuales y los cuidados cognitivos y emocionales de los pacientes, el resultado de salud que se consiga se verá influenciado, simultáneamente, por cuatro modalidades de respuesta que ha de afrontar el paciente: la respuesta física de este al tratamiento (medicación, cirugía), su respuesta conductual (respecto del trato terapéutico, conductas vinculadas con la salud), su respuesta cognitiva (creencias acerca de la dolencia y el tratamiento, expectativas, percepción de control) y de su respuesta emocional (ansiedad, depresión, animadversión). (p. 319)

Sumado a lo anterior, ya Antúnez y Torres (2014), en un estudio titulado *La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable*,

amplían la problematización al incorporar a la relación del equipo de salud y el paciente, la posibilidad cierta de que éste último curse con condiciones de neurodivergencia que le impidan tomar decisiones en pro de sus intereses. Es allí donde el acompañamiento y el apoyo profesional individualizado y humanístico adquiere valor y donde las tecnologías no tienen sentido de aplicación.

González (2020) ofrece un abordaje del tema desde una mirada ética destacando la necesidad de mantener “despierto” el sentido crítico sobre los riesgos de la deshumanización de la práctica sanitaria y científica de los profesionales de la salud, el autor centra su argumento en el valor de las relaciones humanas desde la intimidad, la comunicación y la confidencialidad como ejes básicos de una asistencia sanitaria con calidad humana, y reconoce que el auge de la telemedicina y su alcance global representan nuevos retos y nuevas formas de relación que deben ser surgidas en el respeto a la condición humana en contraste con una práctica basada solo en el reconocimiento de aspectos fisiológicos e instrumentales.

Bajo este esquema, Morales (2025) sostiene que la relación médico-paciente se vio modificada profundamente hacia una transformación digital y una transformación en los canales de comunicación a partir de la pandemia de COVID-19. Su estudio concluye que la integración de las tecnologías en el ámbito médico no solo impacta estos aspectos, sino que redefinen los roles tradicionales en la atención sanitaria, lo cual implica la necesidad de un análisis profundo y contextualizado de esos procesos a partir de nuevos marcos teóricos que permitan la comprensión del fenómeno complejo, incorporando la adopción de diferentes prácticas y habilidades que permitieran relacionarse de manera óptima.

Antes de la pandemia, la atención sanitaria estaba fuertemente anclada en la presencia física y los centros de prestadores de salud como eje central. La imposición del distanciamiento social desplazó el contrato básico del encuentro clínico cara a cara demostrando que el modelo presencial tradicional era insuficiente para proteger la salud de las poblaciones más vulnerables en contextos de confinamiento, acelerando la hoja de ruta de la transformación digital de la salud a fin de mantener la continuidad de los servicios de salud sin riesgo de contagio.

En ese contexto la Organización Panamericana de la Salud (2021) formalizó principios de conectividad universal dando un salto tecnológico hacia la salud digital inclusiva. Las herramientas más utilizadas fueron la telemedicina, las herramientas basadas en inteligencia artificial (IA), el

análisis de big data y las aplicaciones móviles de rastreo para la vigilancia, las cuales se emplearon ampliamente para diagnosticar, prevenir, monitorear y tratar a personas en todo el mundo.

Simultáneamente al crecimiento de la interconectividad se reporta una drástica reducción de las consultas presenciales, se observó un aumento en el uso de la monitorización remota de pacientes y las teleconsultas como un recurso indispensable para frenar la propagación de la enfermedad, mejorar la vigilancia de los pacientes, facilitar la identificación temprana y permitir el manejo rápido de las personas infectadas, además de permitir la continuidad de la atención de pacientes vulnerables con múltiples enfermedades crónicas.

Sin embargo, este tránsito no fue neutral. Significó el paso de un modelo basado en el encuentro físico y la observación clínica directa a un modelo de mediación algorítmica capaz de organizar, filtrar, priorizar, interpretar y estandarizar la información mediante un proceso secuencial tecnológico que permite crear perfiles completos de pacientes y resolver problemas a partir de toma decisiones clínicas basadas en esos datos. El resguardo, la seguridad y la privacidad de esos datos con información sensible individualizada es un desafío en la actualidad.

Ante esto, Blima (2025) advierte desde una postura crítica, que el auge de la práctica técnica y tecnológica del trabajo clínico asistencial significa una ruptura no solamente en la relación médico-paciente, sino en la relación con otros profesionales y con el saber propio de la medicina, colocando en tensión la construcción de la autonomía en su práctica cotidiana. La presencialidad no implica solo una cuestión de proximidad física sino el reconocimiento del otro como un sujeto que vive y sufre el proceso de la pérdida de su estado de salud.

Ampliando la perspectiva de Blima, la autora reconoce que, si bien “la tecnología amplió la capacidad de respuesta frente a los procesos de enfermar, y, con ello, el éxito técnico de la intervención” el impacto práctico que se configura es la disminución del contacto directo con el sujeto como parte del proceso potenciando las inequidades en el acceso a la salud e incidiendo negativamente en los determinantes sociales de la salud (DSS) donde el profesional sanitario, antes centrado en la intersubjetividad del encuentro médico, se convierte ahora en un extractivista de datos orientado a elaborar un perfil del paciente, invisibilizando el contexto social del mismo. Se sustituye entonces el relato vivencial del paciente por un dato preciso monitorizado precarizando la relación sanitaria.

Chidambaram et al. (2024) consideran que existe poca literatura que aborde la influencia real de los resultados de la implementación de la salud digital en las consecuencias de la práctica sanitaria, sin embargo, en su investigación denominada “Una introducción a los determinantes digitales de la salud” realizan una aproximación a los efectos de la salud digital en la equidad sanitaria y la capacidad de satisfacer necesidades en de atención médica en poblaciones particularmente vulnerables con desventajas sociales, económicas y ambientales particulares.

Señalan los autores precitados, que en comparación con la atención médica tradicional en persona, la salud digital plantea varias barreras para los pacientes con discapacidades físicas, ya que a menudo no son los beneficiarios previstos del diseño, aludiendo que la mayoría de las plataformas digitales, además de requerir una conectividad de alta velocidad, no se encuentran diseñadas para personas con discapacidades auditivas, visuales o cognitivas, ese trato diferenciado es conocido como discriminación algorítmica.

Es importante añadir en este punto que ese auge tecnológico de información digital también cambió el acceso a la información de los usuarios que acuden a los servicios sanitarios, es importante destacar como el uso de la inteligencia artificial generativa irrumpe en el ámbito sanitario mostrando un nuevo desafío crítico e ineludible en la relación paciente- médico.

Como lo afirma Qi Chen (2025), la integración de la inteligencia artificial y su capacidad para procesar e interpretar gran cantidad de información en la atención médica promete inevitablemente un profundo impacto en esta relación. Mediante el acceso abierto a la información, es común que las personas realicen una indagación médica autónoma sobre su estado de salud y sus síntomas mediante aplicaciones donde no existen limitaciones en el intercambio de la información, esta búsqueda se realiza tanto antes como después de la interacción con el profesional de la salud.

El uso de este recurso ha generado en ocasiones, tensiones, crisis de confianza, disenso e insatisfacción con el equipo asistencial incluyendo cuestionamientos en los diagnósticos y tratamientos indicados. Lo antes expuesto requiere una atención académica crítica y una reflexión analítica profunda sobre la reconfiguración de la relación paciente y la atención sanitaria en este sentido.

### **La salud digital en la arquitectura de la sociedad del cuidado**

Como ya se ha señalado, las nuevas tecnologías han modificado la forma en que nos cuidamos, la forma como nos relacionamos con el

profesional en salud, la forma en que recibimos atención médica y la medicina misma como disciplina. Recientemente, el concepto de cuidado ha trascendido hasta situarse en agendas salud, educación y seguridad social, consolidándose como un eje analítico fundamental para comprender los sistemas de protección social y la responsabilidad pública.

Desde la mirada de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la sociedad del cuidado es un concepto amplio que prioriza la sostenibilidad de la vida y el cuidado de las personas y el planeta. Desde un enfoque de Derechos Humanos reconoce las garantías en tres dimensiones básicas, de quienes reciben y proveen cuidados, desde la necesidad de cuidar como de recibir cuidados y ejercer el compromiso del autocuidado, enmarcado en una perspectiva de corresponsabilidad social y de género. “Un nuevo estilo de desarrollo centrado en la igualdad, la ecodependencia y la interdependencia entre personas, ubicando el cuidado como necesidad, trabajo y derecho” (CEPAL, 2025).

La convergencia entre la Sociedad del Cuidado y la salud digital representa un desafío sanitario en los tiempos que corren. Por un lado, la salud digital provee una estructura tecnológica con flujo de datos y formas de relación, por otra, la sociedad del cuidado ofrece una dimensión clave de análisis e investigación sobre políticas de protección social y un marco ético que impide que dichos avances tecnológicos se conviertan en una herramienta de deshumanización de la práctica sanitaria. El cuidado desde lo relacional implica vínculos interpersonales que exige pensar en una nueva forma de organización social en términos del reconocimiento y el respeto del otro, la reciprocidad y la complementariedad.

Como se señala en el pensamiento de Pineda (2024) en su artículo titulado *Desafíos y oportunidades de la sociedad del cuidado en América Latina y el Caribe*, el cuidado ha pasado de ser un asunto privado a un problema de los Estados. La sociedad del cuidado postula que el bienestar depende de vínculos humanos, tiempo y empatía, en contraste, la salud digital tiende a la optimización, la reducción de tiempos de consulta y la automatización de diagnósticos médicos. La noción de cuidado, desde la perspectiva de CLACSO, es un proceso en construcción que surge para representar el trabajo de reproducción, abarcando también la más afectiva y relacional de estas actividades.

Li (2024), citado por González y Navarro (2025), aporta evidencia sobre cómo los estilos lingüísticos de los equipos médicos influyen en el bienestar emocional de los pacientes. También se resalta la necesidad de

una comunicación adaptada y humanizada que a su vez requiere que la gestión del riesgo de esta relación se realice desde un enfoque integral que combine avances tecnológicos con la conservación de la confianza y la comunicación humana.

Una integración estratégica requiere que la tecnología no reemplace el cuidado, sino que fortalezca la autonomía, la atención sanitaria que permita al personal profesional de la salud recuperar el tiempo de escucha y la presencialidad como aspectos claves de relación con las personas y el equipo sanitario, evitando que los usuarios se consideren en un objeto de vigilancia digital. Se trata de que el algoritmo está al servicio de la vida, reconociendo que la mayor innovación tecnológica en salud sigue siendo el vínculo humano mediado por la solidaridad y el reconocimiento del otro. Quienes proponen una estrategia híbrida e integrada sugieren que se corre el riesgo de que el profesional de la salud dedique más tiempo a alimentar la plataforma que a mirar a los ojos del paciente desestimando lo humano de la práctica sanitaria.

El cuidado es una relación social que sostiene la vida, es una relación de reciprocidad humana por lo que la salud digital debe fortalecer ese tejido social y configurarse como ecosistemas digitales en un modelo de gestión pública basados en la ética del cuidado y el respeto a la diversidad, capaces de integrar la precisión de la ciencia de datos con la calidez del cuidado humano y la soberanía de los pueblos.

Esta nueva arquitectura de una sociedad del cuidado debe ser, por definición, inclusiva y es allí donde las tecnologías en salud se comportan como una herramienta o una estructura técnica de esa construcción. Desde la conectividad universal la tecnología debe facilitar la posibilidad del cuidado a los territorios más postergados o remotos, ampliando la cobertura universal de la salud. Debe promover redes de cuidados, fomentar el empoderamiento y la coordinación con las organizaciones comunitarias, así como la participación activa y la visibilización del trabajo a través de las plataformas digitales con acceso para todos en función de la soberanía y la dignidad de los pueblos.

## **Conclusiones**

La dualidad de la transformación tecnológica si bien ofrece una mejora en la eficiencia operativa, el acceso a datos precisos y la continuidad del cuidado, especialmente durante la pandemia Covid-19, es un proceso que

conlleva una tensión intrínseca entre la optimización técnica y el riesgo de la deshumanización del cuidado humano. La transición de un modelo presencial a uno configurado desde la mediación algorítmica plantea el desafío de poner en riesgo el vínculo relacional que significa las bases del entendimiento clínico. Desde una perspectiva crítica, las tecnologías digitales funcionan como sistemas de biopolítica y gubernamentalidad algorítmica gestionando vida y cuerpos a través del procesamiento masivo de datos.

La promesa de una salud digital inclusiva se ve amenazada por barreras estructurales que promueven la desigualdad y la inequidad, ante esto, la salud digital debe enmarcarse en una sociedad del cuidado que privilegie el vínculo humano mediado por la solidaridad, la ética y el respeto a la diversidad y la dignidad humana.

## Referencias

- Antúñez, Adolfo. Torres, Ania. 2014. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *Mediciego* [Internet]. 19 de diciembre de 2014; 20(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc141g.pdf>
- Bagolle, Alexandre; Casco, Mario; Nelson, Jennifer (2022). *La gran oportunidad de la salud digital en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Blima, Lilia (2025). La escalada tecnológica de la práctica médica y los impactos en la relación del médico con su trabajo. *Revista Salud Colectiva Colectiva*. 2025;21: e5762. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva> | Salud
- Cardier, Marisela; Manrique, Raquel; Huarte, Alicia et al. (2016). Telemedicina. Estado actual y perspectivas futuras en audiología y otología. *Revista Médica. Clin. Las Condes* - 2016; 27(6) pp. 840-847. Universidad de Navarra. España. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864016301195>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL (2025). La sociedad del cuidado: gobernanza, economía política y diálogo social para una transformación con igualdad de género. *XVI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Ciudad de México, 12 al 15 de agosto de 2025. [https://conferenciamujer.cepal.org/16/sites/crm16/files/presentations/la\\_sociedad\\_del\\_cuidado\\_final\\_12082025.pdf](https://conferenciamujer.cepal.org/16/sites/crm16/files/presentations/la_sociedad_del_cuidado_final_12082025.pdf)

- Chen, Qi (2025). Artificial intelligence in healthcare: rethinking doctor-patient relationship in megacities. *Front Health Serv.* 2025 Sep 24; 5:1694139. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12504271/pdf/frhs-05-1694139.pdf>
- Chidambaram, Swathikan; Jain, Bhav; Jain, Urvish; Mwavu, Rogers; Baru, Rama; Thomas, Beena, Greaves, Felix; Jayakumar, Shruti; Jain, Pankaj; Rojo, Marina; Ridao Battaglini, Marina; MearaI, John G.; Sounderajah, Viknesh; Celi, Leo Anthony & Darzi, Ara (2024). An introduction to digital determinants of health. 2024. *PLOS Digit Health* 3(1): e0000346. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10766177/pdf/pdig.0000346.pdf>
- González, Constantino (2020). Intimidad y confidencialidad en el ámbito sanitario. Una perspectiva ética. *Rev. CONAMED.* 2020; 25(3): 123-128. <https://dx.doi.org/10.35366/95984>.
- González, José; Navarro, Nohemí (2025). Interacción humano-tecnología para mejorar la relación médico-paciente y el bienestar emocional. Revisión sistemática. *Sanitas. Revista arbitrada de Ciencias de la Salud.* Vol. 4 (Especial), 35-42, 2025. Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada, Caracas, Distrito Capital, Venezuela. <https://revistasinstitutoperspectivasglobales.org/index.php/sanitas/article/view/639/1298>
- Gutiérrez Fernández, Rodrigo (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2017000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005)
- Menéndez, Eduardo (2022). Relaciones sociales y procesos de salud/enfermedad: las razones y los hechos [11-27. *Cuadernos de Antropología Social* /55 mayo-octubre.
- Morales, Francisco (2025). El rol de las tecnologías digitales en la relación médico paciente. *Revista de Comunicación y Salud*, 15, 1-13. <https://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/362/1016>

- Omboni, Stefano; Padwal, Raj; Alessa, Tourkiah; Benczúr, Béla; Green, Beverly B.; Hubbard, Ilona; Kario, Kazuomi; Khan, Nadia A.; Konradi, Alexandra; Logan, Alexander G.; Lu, Yuan; Mars, Maurice; McManus, Richard J.; Melville, Sarah; Neumann, Claas L.; Parati, Gianfranco; Renna, Nicolas F.; Ryvlin, Philippe; Saner, Hugo; Schutte, Aletta E. & Wang Jiguang (2021) The worldwide impact of telemedicine during COVID-19: current evidence and recommendations for the future. *Cnnect Health*. 2022 Jan 4; 1, pp.7-35. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7612439/pdf/EMS140741.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Salud Digital Inclusiva. 8 Principios rectores de la transformación digital del sector salud*. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/4c40075c-a716-4bf1-a88e-e05b58700a5e/content>
- Pedersen ER, Sudzina F. (2023). Relationship between citizens' perspective on digital health and underlying health risks. *Digit Health*. 2023; 9: 20552076231191045. [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10387710/pdf/10.1177\\_20552076231191045.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10387710/pdf/10.1177_20552076231191045.pdf)
- Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. (Documento Oficial;359). (2020). [Publications]. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717>
- Pineda, Javier (2024). La sociedad del cuidado y políticas de la vida. Desafíos y oportunidades de la sociedad del cuidado en América Latina y el Caribe. CLACSO, marzo de 2024. 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México: INMujeres; UNAM; Ginebra: UNRISD, 2024. Libro digital. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/250248/3/La-sociedad-del-cuidado.pdf>
- Quevedo, María; Benavente, María (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 317-332. Epub 01 de diciembre de 2019. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212019000200317](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212019000200317)

Segura, Marymili (2014). Atención primaria en salud y Tic. Una mirada desde la perspectiva de Habermas. *Salus. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Universidad de Carabobo. Venezuela. Suplemento 2014-2015 Vol. 19. <https://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol19sp/art01.pdf>.

Vásquez Rocca, A. (2008). Zygmunt Bauman: Modernidad Líquida y Fragilidad Humana. Nómadas. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 19(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101917>