

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Medicina

La ética en redes sociales: Navegando la frontera digital de la medicina

Andrea Paola Britos Gómez,¹ Alcides Chaux²

¹Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, filial Ciudad del Este, Paraguay

²Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay

DOI: [10.5281/zenodo.17795710](https://doi.org/10.5281/zenodo.17795710)

Recibido: 11 de septiembre de 2025; Aceptado: 2 de noviembre de 2025; Publicado: 29 de noviembre de 2025

RESUMEN

La irrupción de las redes sociales ha transformado irreversiblemente la medicina, haciendo del profesionalismo digital (e-professionalism) una competencia ética fundamental. Este artículo de revisión explora los complejos desafíos que enfrenta el médico en el entorno online. Uno de los mayores riesgos es la violación de la privacidad del paciente, no solo por la divulgación directa, sino también por la indirecta a través de «datos de contexto» en imágenes o descripciones, lo cual se ve agravado por la falta de alfabetización digital. Otro desafío crucial es el difuminado de límites terapéuticos y la aparición de relaciones duales al aceptar a pacientes como contactos personales, lo que puede sesgar el juicio médico y generar incomodidad. Además, el contenido no profesional (intoxicación, lenguaje discriminatorio o quejas despectivas) publicado en cuentas personales puede filtrarse, socavando la confianza pública en el médico y en la profesión. En el ámbito de la salud pública, el profesional tiene el deber ético de combatir activamente la infodemia (desinformación), un fenómeno con consecuencias letales magnificado por los algoritmos. Sin embargo, debe hacerlo con empatía y evidencia, evitando el activismo ideológico. Finalmente, el uso de la mensajería instantánea para la comunicación clínica plantea serios riesgos legales y éticos por problemas de seguridad, documentación fragmentada y la erosión de los límites personales del médico (burnout). También se advierte sobre los conflictos de interés del «médico influencer» que promueve productos o manipula expectativas. La conclusión enfatiza la necesidad urgente de integrar la formación en e-professionalism en el currículo médico para construir una identidad profesional digital resiliente.

Palabras clave: Bioética; Redes sociales; Profesionalismo digital; Ética médica; Relación médico-paciente.

1 INTRODUCCIÓN

La omnipresencia de las redes sociales ha transformado radicalmente la arquitectura de la comunicación humana y, con ella, la práctica misma de la medicina. Plataformas globales como Facebook, X (antes Twitter), Instagram, TikTok y servicios de mensajería instantánea como WhatsApp han dejado de ser meras herramientas de ocio

Fondos y subsidios recibidos: Los autores no recibieron fondos externos para la realización de esta investigación.

Autor corresponsal: Prof. Dr. Alcides Chaux. Facultad de Medicina, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay. Correo electrónico: alcideschaux@uninorte.edu.py

para convertirse en canales fundamentales para la educación en salud pública, la comunicación interprofesional y, cada vez más, la interacción directa médico-paciente.

Esta nueva realidad digital presenta una dicotomía ética central que define la práctica contemporánea. Por un lado, ofrece oportunidades sin precedentes para la democratización del conocimiento médico, la difusión masiva de información de salud veraz, el empoderamiento del paciente y la creación de comunidades de apoyo virtual. Por otro lado, introduce riesgos éticos complejos, insidiosos y novedosos que no estaban contemplados en los códigos deontológicos tradicionales, los cuales fueron diseñados para un mundo analógico de interacciones privadas, controladas y episódicas.

La inmediatez, la permanencia indeleble y el alcance global instantáneo de la comunicación digital pueden magnificar exponencialmente cualquier error de juicio, difuminando peligrosamente los límites históricos entre la vida personal y la identidad profesional del médico. Ante este escenario disruptivo, el concepto de profesionalismo digital (*e-professionalism*) ha emergido en la literatura bioética no como una opción, sino como una extensión crítica e inseparable de la ética médica tradicional. No se trata simplemente de trasladar las viejas normas a nuevos medios, sino de desarrollar una competencia ética específica que permita navegar la identidad digital con la misma integridad, confidencialidad, respeto y responsabilidad fiduciaria que caracteriza la mejor práctica clínica presencial (1).

Este artículo explora en profundidad los desafíos éticos inherentes a esta frontera digital y ofrece un marco robusto, basado en la mejor evidencia disponible, para una práctica responsable en línea.

2 RIESGOS ÉTICOS EN LA ERA DIGITAL

La naturaleza pública y persistente de las redes sociales significa que errores de juicio que antes podrían haber quedado contenidos en el ámbito privado ahora tienen el potencial de causar daños reputacionales y profesionales devastadores. La evidencia empírica nos alerta sobre tres áreas críticas de riesgo que requieren una vigilancia constante y una gestión proactiva.

2.1 VIOLACIONES DE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE: MÁS ALLÁ DEL NOMBRE

La confidencialidad es la piedra angular de la confianza médico-paciente, un pacto sagrado que data de Hipócrates. Sin embargo, las redes sociales han puesto este pacto bajo un asedio sin precedentes. Estudios recientes indican una prevalencia alarmante de violaciones de privacidad por parte de profesionales de la salud. Un análisis de contenido en Twitter, por ejemplo, reveló numerosas instancias de información identificable de pacientes compartida públicamente por médicos y enfermeros, a menudo bajo la falsa presunción de anonimato (2).

El riesgo más insidioso no reside en la divulgación directa de nombres —una violación flagrante que la mayoría de los profesionales evita— sino en la divulgación indirecta. El deseo genuino de compartir casos clínicos interesantes con fines educativos o de buscar consejo entre pares puede llevar fácilmente a la publicación de

imágenes radiológicas, fotografías de lesiones dermatológicas o descripciones clínicas detalladas. Aunque despojadas de identificadores directos, estas publicaciones a menudo contienen suficientes «datos de contexto» para permitir la reidentificación del paciente por parte de personas que conocen su situación.

Detalles como una enfermedad rara en una localidad pequeña, la fecha específica de un accidente, tatuajes o joyas visibles en una foto clínica, e incluso los metadatos de ubicación georreferenciada incrustados automáticamente por los teléfonos inteligentes, pueden ser suficientes para romper el anonimato. La evidencia sugiere que muchos profesionales subestiman gravemente estos riesgos debido a una falta de alfabetización digital técnica sobre las configuraciones de privacidad y la permanencia de la huella digital (3, 4).

2.2 LÍMITES BORROSOS Y RELACIONES DUALES ONLINE

La solicitud de «amistad» de un paciente en una red social personal (como Facebook) plantea un dilema ético inmediato que trasciende la simple cortesía social. Aceptar esta conexión crea instantáneamente una relación dual: la de médico-paciente y la de «amigo» o contacto en línea. Esta dualidad puede desdibujar peligrosamente los límites terapéuticos necesarios para una atención objetiva y profesional.

Por un lado, expone al médico a un caudal de información personal del paciente (estilo de vida, opiniones políticas, conflictos familiares, conductas de riesgo) que no fue obtenida en el contexto clínico. Esta información, aunque no sea clínicamente relevante, podría sesgar inconscientemente el juicio del médico o afectar su objetividad. Por otro lado, expone al paciente a detalles de la vida privada del médico (fotos familiares, vacaciones, opiniones personales controvertidas) que pueden alterar la dinámica de autoridad profesional y la confianza necesaria en la relación terapéutica (5).

Si bien las nuevas generaciones de médicos nativos digitales muestran mayor apertura a estas interacciones, estudios sobre la perspectiva de los pacientes revelan una realidad mixta: mientras algunos valoran esta accesibilidad como un signo de humanidad y cercanía, una proporción significativa expresa preocupación por su propia privacidad y siente incomodidad al ver a su médico en contextos no profesionales, prefiriendo mantener una separación clara entre la clínica y la vida social digital para preservar la naturaleza sagrada de la relación terapéutica (6).

2.3 CONTENIDO NO PROFESIONAL Y LA EROSIÓN DE LA CONFIANZA PÚBLICA

En la era digital, la distinción tradicional entre la vida privada y la pública se ha erosionado irreversiblemente. Lo que un médico publica en su tiempo libre, incluso en cuentas supuestamente privadas, a menudo se filtra y se convierte en parte integral de su identidad pública profesional. Estudios han documentado empíricamente que el contenido en línea percibido como no profesional disminuye significativamente la confianza del público no solo en el médico individual, sino en la profesión en su conjunto.

¿Qué constituye contenido dañino? La evidencia señala que las publicaciones que muestran intoxicación o consumo excesivo de sustancias, el uso de lenguaje discriminatorio, racista o sexista, las quejas abiertas y despectivas sobre el trabajo, los colegas

o los pacientes (incluso sin nombrarlos), y las conductas sexualmente sugerentes son las que generan mayor rechazo y pérdida de credibilidad (7, 8).

No se trata de imponer una moralidad puritana, sino de entender que la sociedad evalúa la integridad del médico de manera holística. Cuando conductas poco profesionales se normalizan en línea, especialmente por parte de figuras senior o líderes de opinión, se degrada la imagen colectiva de la medicina y se socava la autoridad moral necesaria para la práctica clínica efectiva.

3 DESINFORMACIÓN Y EL ROL DEL MÉDICO EN REDES

En la era de la postverdad, las redes sociales se han convertido en el principal campo de batalla para la salud pública, donde la información veraz compite en desventaja contra contenidos sensacionalistas y falsos diseñados para viralizarse.

3.1 LA ANATOMÍA DE LA INFODEMIA Y SUS CONSECUENCIAS LETALES

La propagación viral de información de salud falsa o engañosa, conocida como «infodemia», no es un fenómeno trivial; tiene consecuencias tangibles, mórbidas y, a menudo, letales. Durante la pandemia de COVID-19, el mundo fue testigo de cómo la propagación de teorías conspirativas, la promoción de «curas milagrosas» sin base científica (como el dióxido de cloro o la ivermectina) y la siembra sistemática de dudas sobre la seguridad de las vacunas contribuyeron directamente a la reticencia a la vacunación, al rechazo de medidas preventivas básicas y, en última instancia, a un exceso de mortalidad evitable (9, 10).

Las plataformas digitales exacerbaban estructuralmente este problema. Sus algoritmos están diseñados para maximizar la interacción (engagement), lo que a menudo favorece el contenido emocionalmente cargado y polarizante sobre la información científica sobria y matizada. Esto conduce a la formación de «burbujas de filtro» y cámaras de eco, donde los usuarios quedan aislados en entornos informativos que solo confirman y radicalizan sus sesgos preexistentes, haciéndolos psicológicamente resistentes a cualquier corrección factual posterior (11). El impacto acumulativo es una erosión profunda de la confianza en las instituciones científicas y de salud, lo que complica enormemente la implementación de cualquier política de salud pública.

3.2 EL MÉDICO COMO AGENTE DE VERDAD: OPORTUNIDADES Y PELIGROS

Ante este panorama de crisis informativa, el silencio o la neutralidad por parte de la comunidad médica ya no es una opción ética viable. Los profesionales de la salud tienen un deber emergente de actuar como agentes de verdad, combatiendo activamente la desinformación y promoviendo la alfabetización en salud en los espacios digitales donde se encuentran los pacientes. La evidencia muestra que los médicos siguen siendo fuentes de alta credibilidad para el público, y cuando corrigen la información falsa en redes de manera empática, clara y basada en evidencia, pueden influir positivamente en las percepciones y conductas de salud (12, 13).

Sin embargo, este nuevo rol conlleva sus propios riesgos éticos. El médico debe navegar una línea delgada entre la educación en salud y el activismo ideológico. Participar en debates tóxicos en línea, utilizar un tono condescendiente, agresivo o eli-

tista, o desviarse de su área de experticia para opinar sobre temas políticos ajenos a la salud puede ser contraproducente. Estas conductas pueden alienar a la audiencia que se pretende educar y dañar la reputación de imparcialidad de la profesión (14).

La ética del profesionalismo digital exige que, incluso ante la provocación o la falsedad flagrante, el médico mantenga la compostura, el respeto por las personas (aunque ataque sus ideas erróneas) y un apego riguroso a la mejor evidencia científica disponible.

4 DILEMAS EMERGENTES EN LA COMUNICACIÓN DIGITAL

La rápida adopción de nuevas herramientas tecnológicas por su conveniencia a menudo precede a la reflexión ética sobre sus implicaciones, creando zonas grises regulatorias.

4.1 EL DESAFÍO DE LA MENSAJERÍA INSTANTÁNEA (WHATSAPP, TELEGRAM)

El uso de aplicaciones de mensajería instantánea como WhatsApp para la comunicación clínica se ha vuelto ubicuo en muchos sistemas de salud, impulsado por su velocidad, facilidad de uso y la familiaridad que tienen tanto médicos como pacientes con la plataforma. Sin embargo, esta práctica generalizada conlleva riesgos éticos y legales masivos que a menudo se ignoran.

Muchas de estas plataformas comerciales no fueron diseñadas para el manejo de datos confidenciales de salud y pueden no cumplir con los estándares de encriptación, almacenamiento y auditoría exigidos por las leyes de protección de datos de pacientes. El almacenamiento de información clínica (fotos, resultados, discusiones de casos) en los dispositivos personales de los médicos crea una vulnerabilidad de seguridad crítica: la pérdida, robo o acceso no autorizado a un teléfono personal puede constituir una brecha masiva de confidencialidad (15).

Además, la informalidad de estos canales genera problemas de documentación: las decisiones clínicas cruciales tomadas por chat a menudo no se transcriben a la historia clínica oficial, fragmentando el registro del paciente y comprometiendo la continuidad del cuidado y la defensa legal. Asimismo, el acceso directo 24/7 a través de WhatsApp puede erosionar los límites entre la vida laboral y personal del médico, contribuyendo al burnout y creando en el paciente una expectativa poco realista de disponibilidad inmediata que, si no se cumple, puede generar conflictos o sensación de abandono (16, 17).

4.2 PUBLICIDAD, AUTOPROMOCIÓN Y EL AUGE DEL «MÉDICO INFLUENCER»

La comercialización de la medicina ha encontrado un terreno fértil en plataformas visuales como Instagram y TikTok, dando lugar a la figura del «médico influencer». Esto plantea profundos conflictos de interés. La publicación de resultados de «antes y después», común en cirugía plástica y dermatología, puede ser manipuladora si las imágenes están editadas o seleccionadas para mostrar solo los mejores resultados, creando expectativas irreales en los pacientes vulnerables.

El uso de testimonios de pacientes como herramienta de marketing es éticamente problemático debido al diferencial de poder inherente a la relación médico-paciente; el paciente puede sentirse sutilmente coaccionado a dar un testimonio positivo para complacer a su médico. Además, cuando los médicos monetizan sus canales promocionando productos comerciales, la línea entre el consejo médico objetivo y la publicidad pagada se difumina, amenazando la confianza fundamental en que el médico actúa siempre en el mejor interés del paciente, no de sus patrocinadores (18, 19).

5 FORMACIÓN Y REGULACIÓN DEL PROFESIONALISMO DIGITAL

Navegar este complejo paisaje requiere más que intuición; demanda una formación estructurada y marcos regulatorios claros desde el inicio de la carrera médica.

5.1 ESTRATEGIAS EDUCATIVAS CONTRA EL EFECTO DE DESINHIBICIÓN

La formación en *e-professionalism* debe ser una competencia transversal integrada en el currículo. Un concepto clave a abordar es el efecto de desinhibición online: la tendencia psicológica a comportarse con menos restricción social cuando se interactúa detrás de una pantalla. Esto puede llevar a estudiantes y profesionales a realizar comentarios o publicar contenidos que jamás considerarían apropiados en una interacción cara a cara (20).

Las intervenciones educativas efectivas no se basan solo en clases magistrales sobre reglas, sino en metodologías activas: análisis de casos reales de dilemas digitales, simulaciones de gestión de crisis en redes sociales y ejercicios de reflexión guiada sobre la propia huella digital. Instrumentos validados como la escala SMePROF-S o ejercicios de evaluación como el Professionalism Mini-Evaluation Exercise adaptado al entorno digital permiten evaluar y moldear estas actitudes formativamente (21, 22).

5.2 GUÍAS INSTITUCIONALES: DE LA PROHIBICIÓN A LA EDUCACIÓN

Las instituciones deben proveer políticas de redes sociales claras, actualizadas y específicas. Las guías vagas o excesivamente punitivas suelen ser ignoradas. Las políticas efectivas deben ofrecer ejemplos concretos de conductas aceptables e inaceptables, explicar el razonamiento ético detrás de las normas y establecer un enfoque escalonado para manejar las infracciones, priorizando la educación y la remediación para los errores de juicio iniciales, reservando las sanciones severas para violaciones graves y deliberadas de la ética profesional (5).

6 CONCLUSIÓN

La irrupción de las tecnologías digitales y las redes sociales en el tejido mismo de la medicina no es un fenómeno transitorio ni superficial; representa un cambio de paradigma irreversible en la comunicación humana y sanitaria. Hemos transitado de un modelo de interacción limitado a las cuatro paredes del consultorio a un ecosistema dinámico, global, interconectado y permanente. Para el médico del siglo XXI, la

abstinencia digital ya no es una opción viable ni, paradójicamente, una opción ética responsable en un mundo donde los pacientes buscan desesperadamente orientación en línea.

El verdadero desafío contemporáneo reside en habitar estos nuevos espacios públicos con la misma integridad inquebrantable, la misma confidencialidad rigurosa y el mismo compromiso primordial con el bienestar del paciente que han caracterizado a la mejor práctica clínica durante milenios. Esta transformación exige que la profesión reconozca el profesionalismo digital no como una habilidad blanda opcional, sino como una competencia nuclear crítica.

La huella digital de un médico es hoy un componente indivisible de su reputación profesional y su capacidad terapéutica. Un comentario descuidado, una violación inadvertida de la privacidad o la difusión de información no verificada pueden destruir en instantes la confianza que costó años construir, con repercusiones que van más allá del individuo y afectan la credibilidad de toda la institución médica.

Para la comunidad universitaria del Paraguay, este escenario plantea una doble responsabilidad histórica y una oportunidad de liderazgo. Como educadores, tenemos el deber ineludible de dotar a la próxima generación de médicos paraguayos de las herramientas cognitivas y éticas para navegar este entorno volátil, integrando el *e-professionalism* en el corazón de nuestro currículo. Como profesionales, estamos llamados a ser faros de veracidad científica en el ruidoso ágora digital de nuestro país, combatiendo la desinformación local con empatía y evidencia, y abogando por la salud de nuestra población. En la era digital, nuestra ética está siempre a la vista; es nuestro deber imperativo asegurar que lo que el mundo ve refleje los más altos valores de nuestra noble profesión.

REFERENCIAS

1. Marelić M, Viskić J, Poplašen LM, Relić D, Jokić D, Rukavina TV. Development and validation of scale for measuring attitudes towards e-professionalism among medical and dental students: SMePROF-S scale. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):445. doi: 10.1186/s12909-021-02879-2
2. Ahmed W, Jagsi R, Gutheil TG, Katz MS. Public disclosure on social media of identifiable patient information by health professionals: Content analysis of twitter data. *J Med Internet Res.* 2020;22(9):e19746. doi: 10.2196/19746
3. Joshi NV, Jawdekar A, Joshi M, Shetty AR, Vaz M, Sachdev SS. Knowledge, attitude, and practices of dentists in Maharashtra, India, regarding sharing patients' data on social media: A questionnaire-based study. *Cureus.* 2025;17(7):e88778. doi: 10.7759/cureus.88778
4. Militello M, Yang RA, Anderson JB, Szeto MD, Presley CL, Laughter MR. Social media and ethical challenges for the dermatologist. *Curr Dermatol Rep.* 2021;10(4):120-7. doi: 10.1007/s13671-021-00340-7
5. Katz M, Nandi N. Social media and medical education in the context of the COVID-19 pandemic: Scoping review. *JMIR Med Educ.* 2021;7(2):e25892. doi: 10.2196/25892
6. O'Neill P, Shandro B, Poullis A. Patient perspectives on social-media-delivered telemedicine for inflammatory bowel disease. *Future Healthc J.* 2020;7(3):241-4. doi: 10.7861/fhj.2020-0094
7. Averbuch T, Eliya Y, Van Spall HGC. Systematic review of academic bullying in medical settings: dynamics and consequences. *BMJ Open.* 2021;11(7):e043256. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043256
8. Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Arch Intern Med.* 1998;158(4):352-8. doi: 10.1001/archinte.158.4.352

9. Kbaier D, Kane A, McJury M, Kenny I. Prevalence of health misinformation on social media—challenges and mitigation before, during, and beyond the COVID-19 pandemic: Scoping literature review. *J Med Internet Res*. 2024;26:e38786. doi: 10.2196/38786
10. Borges do Nascimento IJ, Pizarro AB, Almeida JM, Azzopardi-Muscat N, Gonçalves MA, Björklund M, et al. Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ*. 2022;100(9):544–61. doi: 10.2471/blt.21.287654
11. Chen E, Jiang J, Chang HCH, Muric G, Ferrara E. Charting the information and misinformation landscape to characterize misinfodemics on social media: COVID-19 infodemiology study at a planetary scale. *JMIR Infodemiology*. 2022;2(1):e32378. doi: 10.2196/32378
12. Gabarron E, Oyeyemi SO, Wynn R. COVID-19-related misinformation on social media: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2021;99(6):455–63A. doi: 10.2471/blt.20.276782
13. Pennycook G, McPhetres J, Zhang Y, Lu JG, Rand DG. Fighting COVID-19 misinformation on social media: Experimental evidence for a scalable accuracy-nudge intervention. *Psychol Sci*. 2020;31(7):770–80. doi: 10.1177/0956797620939054
14. Sule S, DaCosta MC, DeCou E, Gilson C, Wallace K, Goff SL. Communication of COVID-19 misinformation on social media by physicians in the US. *JAMA Netw Open*. 2023;6(8):e2328928. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.28928
15. Morris C, Scott RE, Mars M. WhatsApp in clinical practice—the challenges of record keeping and storage. A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13426. doi: 10.3390/ijerph182413426
16. Sarfaraz S, Turk T, Lowe SAJ, Verma L, Dytoc M. Teledermatology: Canadian dermatologists' practice patterns, perceived challenges, and future recommendations. *Dermatol Reports*. 2025;17(3). doi: 10.4081/dr.2025.10197
17. Nikolic A, Wickramasinghe N, Claydon-Platt D, Balakrishnan V, Smart P. The use of communication apps by medical staff in the Australian health care system: Survey study on prevalence and use. *JMIR Med Inform*. 2018;6(1):e9. doi: 10.2196/medinform.9526
18. Willis E, Friedel K, Heisten M, Pickett M, Bhowmick A. Communicating health literacy on prescription medications on social media: In-depth interviews with “patient influencers.” *J Med Internet Res*. 2023;25:e41867. doi: 10.2196/41867
19. Reddy N, Evans T, Jefferson R, Roebke AJ, Jain SA. Social media use among academic hand surgeons. *J Hand Surg Glob Online*. 2021;3(5):249–53. doi: 10.1016/j.jhsg.2021.06.007
20. Wu S, Lin T, Shih JF. Examining the Antecedents of Online Disinhibition. *Inf Technol People*. 2017;30(1):189–209. doi: 10.1108/itp-07-2015-0167
21. Mosalanejad L, Abdollahifard S. Testing adaptation and psychometric properties of survey instrument for students' perspectives on e-professionalism and social media in Iranian students: Corona crisis and medical education. *J Educ Health Promot*. 2022;11(1):6. doi: 10.4103/jehp.jehp_1666_20
22. Tsugawa Y, Tokuda Y, Ohbu S, Okubo T, Cruess R, Cruess S, et al. Professionalism Mini-Evaluation Exercise for medical residents in Japan: a pilot study. *Med Educ*. 2009;43(10):968–78. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03437.x