

Estado de la publicación: El preprint no ha sido enviado para publicación

# Salud, enfermedad y atención médica: perspectivas sociológicas, históricas y etnográficas

Julieta Bacchetta

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.13338>

Enviado en: 2025-09-10

Postado en: 2025-09-11 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

## **Salud, enfermedad y atención médica: perspectivas sociológicas, históricas y etnográficas**

Health, illness, and medical care: sociological, historical, and ethnographic perspectives

Julieta Bacchetta

UFLO – UCES – UNPilar. Provincia de Buenos Aires, Argentina. ORCID:  
<https://orcid.org/0009-0007-3758-220X>

### **RESUMEN**

El trabajo analiza la salud, la enfermedad y la atención médica desde perspectivas sociológicas, históricas y etnográficas, mostrando que estos procesos no son solo biológicos, sino también construcciones sociales atravesadas por relaciones de poder, jerarquías profesionales y representaciones culturales. Se revisan las concepciones sociales de la salud, la evolución histórica de la relación médico-paciente y el papel de la medicina como profesión dominante, en tensión con otros saberes y ocupaciones de la salud. Asimismo, se presentan críticas al modelo biomédico y se destaca la importancia de enfoques integrales e interdisciplinarios que reconozcan la participación activa de los pacientes.

### **Palabras-clave:**

Sociología, Concepciones de salud, Relación médico-paciente, Paradigma biomédico y Paradigma psicosocial.

### **ABSTRACT**

This paper analyzes health, illness, and medical care from sociological, historical, and ethnographic perspectives, showing that these processes are not merely biological but also social constructions shaped by power relations, professional hierarchies, and cultural representations. It reviews the social conceptions of health, the historical evolution of the doctor–patient relationship, and the role of medicine as a dominant profession in tension with other forms of knowledge and health occupations. It also presents critiques of the biomedical model and highlights the importance of integral and interdisciplinary approaches that recognize the active participation of patients.

### **Key-words**

Sociology, Conceptions of health, Doctor–patient relationship, Biomedical paradigm, Psychosocial paradigm.

## Introducción

La salud, la enfermedad y la atención sanitaria no son fenómenos puramente biológicos ni individuales, sino procesos sociales complejos, construidos y negociados en contextos históricos, culturales e institucionales. La manera en que se organizan los servicios de salud, cómo interactúan los distintos profesionales y cuál es el rol de los pacientes, influyen directamente en cómo se entiende, se aborda y se gestiona la salud en la vida cotidiana.

En este entramado, la medicina ocupa un lugar central, pero no de manera aislada: forma parte de un sistema más amplio en el que convergen distintos saberes, prácticas y relaciones de poder. Médicos, enfermeros y otros profesionales, pacientes e instituciones de salud participan en una red de interacciones que define roles, responsabilidades y jerarquías, condicionando los procesos de atención, prevención y cuidado.

Comprender este sistema requiere adoptar un enfoque interdisciplinario, que integre el análisis de la historia de la medicina con los aportes de la sociología, la antropología y la etnografía. Esta perspectiva permite analizar cómo se organizan los saberes médicos y no médicos, cómo se construye la autoridad profesional, cómo los pacientes participan y negocian su cuidado, y cómo las instituciones estructuran la atención sanitaria.

En este marco, el presente trabajo se propone analizar críticamente la salud, la enfermedad y la atención médica desde una perspectiva sociológica, histórica y etnográfica, con el fin de visibilizar las tensiones existentes entre los saberes médicos y los saberes profanos, así como los efectos que estas tensiones tienen en la construcción de roles, jerarquías y prácticas de cuidado.

El enfoque adoptado permite no solo revisar cómo se han configurado históricamente las relaciones médico-paciente y las formas de organización de los servicios sanitarios, sino también comprender de qué modo estas dinámicas influyen en las experiencias cotidianas de salud y enfermedad, aportando elementos para pensar modelos de atención más integrales, inclusivos y culturalmente situados, capaces de superar las limitaciones del paradigma biomédico y de reconocer la participación activa de los sujetos en la construcción de su propio bienestar.

## Concepciones sociales de salud y enfermedad

La salud se entiende de manera diversa según la profesión, el contexto sociocultural y la etapa vital del individuo. No es lo mismo la salud para un profesional formado en el campo de la salud -en su más amplio sentido-, para un médico que aborda la enfermedad de manera clínica o para alguien que esté atravesando un tratamiento o tiene una dolencia. Prece (1999) subraya que estas concepciones no surgen únicamente de criterios biológicos o clínicos, sino que están mediadas por normas, valores y expectativas sociales. La manera en que la sociedad organiza los servicios de salud y distribuye conocimientos determina en gran medida cómo los individuos perciben y ejercen su bienestar.

En esta línea, la socióloga francesa Claudine Herzlich, en su obra clásica *Santé et maladie: Analyse d'une représentation sociale* (1969), identificó tres concepciones predominantes de la salud a partir de entrevistas realizadas en París: a) como ausencia de enfermedad, entendida como un estado en que el cuerpo funciona normalmente sin requerir cuidados especiales; b)

como reserva, donde la salud no solo se experimenta en el presente sino que se concibe como un capital que permite afrontar pequeños embates sin mayor desgaste; y c) como equilibrio, asociada a la posibilidad de mantener un estado armónico entre las distintas dimensiones de la vida, experimentando fortaleza, bienestar y felicidad. Estas concepciones, como advierte Herzlich (1969), no constituyen un mero reflejo del discurso médico, sino representaciones sociales autónomas que organizan prácticas y sentidos en la vida cotidiana.

De estas interpretaciones se desprende que la primera es una condición en la que se está, la segunda algo que se tiene y la tercera un estado que se construye. En consecuencia, la enfermedad destruye la salud en la primera concepción; en la segunda, la salud se interpreta como resistencia; y en la tercera, como capacidad de adaptación y asimilación del desorden.

La Organización Mundial de la Salud concibe la salud como una condición integral que incluye dimensiones físicas, mentales y sociales, y no solo la ausencia de enfermedad. Si bien este ideal orienta políticas y programas sanitarios, en la práctica resulta complejo de concretar de forma universal. Más que un estado absoluto, la salud puede entenderse como un continuo en el que se entrelazan distintas dimensiones, dando lugar a lo que se denomina bienestar psicosocial.

De manera complementaria, Kornblit y Méndes Diz (2000) proponen conceptualizar la salud como “la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive” (p. 9). Esta definición enfatiza el carácter dinámico del proceso salud-enfermedad, reconociendo al individuo como unidad integral y subrayando que la salud está sujeta a múltiples influencias.

A lo largo de su vida, el ser humano se desplaza en un eje continuo que va de la salud a la enfermedad -y finalmente a la muerte-, acercándose a uno u otro extremo según se refuerce o se rompa el equilibrio entre factores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Reconocer este carácter relacional supone admitir que el individuo vive en constante interacción con su medio físico-biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables, y que en esta interacción se configura su nivel de salud.

Desde la perspectiva sociológica, la salud no puede considerarse únicamente un estado objetivo; implica la interpretación y valoración que los individuos hacen de su propio cuerpo y de su bienestar. Estas representaciones se articulan con normas culturales, expectativas sociales y conocimientos médicos, generando prácticas y comportamientos que configuran el sentido de lo que es saludable o patológico en contextos específicos (Prece, 1999; Herzlich, 1969). Así, la salud de una persona dependerá de su capacidad para resolver los conflictos que enfrenta, en tanto sujeto activo que participa en la construcción y mantenimiento de su propio bienestar.

Del mismo modo, la enfermedad debe comprenderse dentro de un marco cultural e histórico. Herzlich y Pierret (1984) sostienen que se trata de un fenómeno social total, que remite simultáneamente a dimensiones biológicas, morales, religiosas, políticas y económicas. Además, funciona como metáfora de las tensiones sociales de cada época, expresando tanto temores colectivos como expectativas de curación. La forma en que las personas definen su padecimiento condiciona los tipos de ayuda que buscan y las percepciones sobre la utilidad de los tratamientos disponibles, configurando la enfermedad como un fenómeno que refleja alteraciones biológicas pero también tensiones morales, religiosas, políticas y culturales (Herzlich & Pierret, 1984; Prece, 1999).

La resistencia a seguir indicaciones terapéuticas, el consumo autónomo de medicamentos o la dificultad para asumir comportamientos preventivos no pueden explicarse

únicamente en términos de eficacia o ineficacia del sistema de salud. Todos estos fenómenos forman parte de un contexto más amplio: las ideas y creencias de las personas se traducen en comportamientos sobre lo que consideran necesario para mantenerse sanos o para curar las enfermedades, definiendo así lo que consideran relevante respecto de su salud.

En este sentido, Kornblit y Méndes Diz (2000) sostienen que “existe un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, que interactúan permanentemente con la medicina oficial” (p. 12). Esta interacción informa no solo sobre las modalidades de gestión de la salud, sino también sobre la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, la alimentación, los hábitos de vida, el tiempo libre y los servicios sanitarios. Esta visión permite comprender que la enfermedad no puede analizarse únicamente desde la perspectiva biomédica, sino que requiere reconocer la interacción entre cultura, experiencias personales y sistemas de atención, así como la importancia de los significados que los individuos atribuyen a su salud y a sus padecimientos.

### **La interpretación médica y el rol del enfermo**

En inglés se distinguen dos términos que resultan útiles para reflexionar sobre la enfermedad: *illness* y *disease* (Seguin, 1982, citado en Mendes Diz & Prece, [s/f]). El primero alude al padecimiento subjetivo del individuo, cuya intensidad, duración y características dependen no solo de factores físicos, sino también de aspectos personales, sociales y contextuales. Representa la experiencia vivida de la dolencia y cómo el paciente la percibe e interpreta. El segundo, *disease*, refiere a la condición objetiva reconocida por los profesionales de la salud, evaluable mediante métodos clínicos, pruebas de laboratorio u otras herramientas médicas.

El paciente, entonces, consulta al médico por un malestar subjetivo (*illness*) y regresa con un diagnóstico, es decir, con una “enfermedad” objetivada desde la mirada profesional (*disease*). Esta rotulación no es neutra: influye en la manera en que la persona piensa, siente y actúa frente a su condición, al mismo tiempo que lo inserta en un rol socialmente definido de enfermo.

Como señala Coe (1973), las perspectivas del paciente y del médico difieren sustancialmente: mientras el primero comprende su enfermedad de forma subjetiva y emocional, el segundo la interpreta en términos científicos y técnicos. Además, la experiencia del paciente evoluciona a lo largo del tiempo, influida tanto por el padecimiento mismo como por la información y la interacción con los especialistas. Así, mientras que el médico emite diagnósticos, pronósticos y tratamientos fundamentados en la evidencia, el paciente decide cómo actuar en función de su experiencia personal y de la confianza que deposita en el profesional que lo atiende.

El paciente no es solo un cuerpo afectado, sino un actor social cuya legitimidad se define en el entramado de representaciones culturales y de relaciones con familiares, médicos e instituciones (Herzlich & Pierret, 1984).

Coe enfatiza -además- que la experiencia de la enfermedad es vivida de manera única por cada paciente, combinando factores emocionales, culturales y sociales. Esta perspectiva resalta que la enfermedad no puede reducirse a una alteración biológica, sino que involucra el sentido que el individuo le atribuye a sus síntomas y la manera en que estos afectan su vida

cotidiana. Incluir esta dimensión permite cuestionar la autoridad absoluta del conocimiento médico y resaltar la necesidad de una relación clínica que considere al paciente como sujeto activo en su cuidado.

Este proceso de interpretación está profundamente atravesado por la comunicación, ya que el médico construye su mirada a partir de la información transmitida por el paciente. Sin embargo, no siempre existe transparencia: en ocasiones, los médicos omiten diagnósticos por considerar que los pacientes no comprenderán la información o que conocerla les causará sufrimiento innecesario. Aquí entran en juego variables como la clase social, el nivel educativo y el capital cultural, que condicionan tanto la forma en que se transmite la información como la relación de poder en la consulta.

## **Representaciones sociales y percepción de la enfermedad**

Tal como plantean Herzlich y Pierret (1984), la enfermedad debe comprenderse como un fenómeno social total: no solo remite a alteraciones biológicas, sino también a dimensiones morales, religiosas, políticas y económicas. Desde esta perspectiva, estar enfermo implica tanto un estado biológico como una representación cultural del cuerpo y de sus límites, que define cuándo una dolencia es reconocida y tratada como tal. De este modo, la sociología de la salud permite evidenciar que las representaciones sociales de la enfermedad organizan prácticas, significados y experiencias, más allá de lo estrictamente biomédico.

El lenguaje y la capacidad para manejar clasificaciones médicas resultan determinantes, ya que la riqueza del vocabulario y el nivel educativo influyen directamente en la posibilidad de identificar, expresar y comunicar síntomas. A su vez, el estrato socioeconómico y la llamada cultura somática -la capacidad de percibir y escuchar el propio cuerpo- condicionan la forma en que se reconocen y atienden los malestares: en los sectores populares, el uso intensivo del cuerpo y las exigencias de la supervivencia cotidiana suelen elevar el umbral de percepción de los síntomas y retrasar la consulta médica hasta que los padecimientos se vuelven inevitables.

La educación sanitaria también desempeña un papel decisivo, pues la falta de conocimientos dificulta la interpretación de los síntomas y retrasa la toma de decisiones oportunas sobre el cuidado. Asimismo, la intensidad y la etapa de la enfermedad marcan diferencias importantes: los síntomas leves o iniciales tienden a pasar inadvertidos, mientras que el dolor intenso o alarmante obliga a reconocer la situación y actuar.

Factores como el género y la edad introducen matices adicionales: las mujeres, más atentas a las sensaciones corporales y con frecuencia responsables de tareas de cuidado, suelen actuar como interlocutoras privilegiadas del sistema de salud, mientras que los hombres tienden a resistirse al rol de enfermo, asociando la fortaleza con la virilidad. Niños y ancianos, en cambio, son percibidos como más vulnerables, lo que genera mayor vigilancia dentro del ámbito familiar y, a menudo, consultas médicas más tempranas.

Finalmente, la accesibilidad cultural y geográfica a los servicios sanitarios condiciona fuertemente la forma en que los pacientes gestionan su cuidado. La disponibilidad de profesionales, la confianza en ellos y la existencia de recursos económicos, jurídicos o psicosociales se conjugan para definir si las personas recurren a la atención formal, a profesionales auxiliares o al apoyo de la red familiar.

Estas variables muestran que la experiencia de la enfermedad es inseparable de las condiciones sociales e institucionales, y que comprender las representaciones culturales del padecimiento resulta fundamental para analizar tanto las vivencias individuales como las estrategias de afrontamiento que los pacientes desarrollan.

### **Algunos elementos históricos para pensar la relación médico-paciente. Del paternalismo hacia una ¿mayor autonomía?**

Durante siglos, la relación médico-paciente se articuló bajo un modelo paternalista en el que el paciente era considerado incapaz de tomar decisiones complejas debido a su dolor, sufrimiento o falta de conocimiento médico. Según Lázaro y Gracia (2006, p.8), la concepción clásica del “buen paciente” implicaba sumisión, obediencia y docilidad: se esperaba que aceptara las indicaciones del médico sin cuestionarlas, como un hijo acata las órdenes de su padre. Este modelo se mantuvo casi inalterado desde la antigüedad hipocrática hasta bien entrado el siglo XX. Estos autores recuerdan que el “buen paciente” debía no solo acatar órdenes, sino demostrar ciertas cualidades morales y sociales, como paciencia y docilidad, que variaban según contexto histórico y posición social, lo que evidencia la construcción social del rol de enfermo.

No obstante, diversos procesos comenzaron a cuestionar esta estructura. Por un lado, los movimientos sociales y las luchas obreras del siglo XIX, promovieron la exigencia de derechos sanitarios como parte de una vida digna, y no como un acto de caridad. Por otro lado, transformaciones en la atención clínica, que impulsaron el reconocimiento del paciente como sujeto con historia, biografía y voz propia, inaugurando un nuevo modo de entender la subjetividad en medicina.

Con el tiempo, los pacientes han ido consolidando derechos que les permiten participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud. Lázaro y Gracia (2006) señalan que estos derechos no surgieron de manera espontánea, sino como resultado de procesos históricos y sociales, incluyendo la educación sanitaria, los movimientos de defensa del consumidor y las demandas por mayor transparencia en la atención médica. Así, la noción de autonomía del paciente se articula con la adquisición progresiva de derechos que equilibran, aunque de manera parcial, las relaciones de poder históricamente asimétricas en la consulta médica.

Durante las décadas de 1960 y 1970, diversos movimientos sociales -entre ellos las luchas por los derechos de los consumidores, el feminismo, las corrientes de defensa de la salud integral y las demandas de mayor participación ciudadana en Estados Unidos- impulsaron una transformación profunda en los modos de relación médico-paciente (Ugalde, 1987). En este contexto, los pacientes dejaron de ser concebidos exclusivamente como sujetos pasivos, subordinados a la autoridad médica, para comenzar a configurarse como agentes supuestamente autónomos: consumidores capaces de tomar decisiones, asumir responsabilidades y ejercer control sobre su propio cuerpo y bienestar. Esta transición, del paternalismo médico hacia una autonomía relativa, no solo modificó la relación entre médicos y pacientes, sino que también reorientó la práctica profesional hacia un modelo centrado en la información, la comunicación y la participación activa de quienes reciben atención.

El reconocimiento de derechos de los pacientes tiene implicancias directas en la práctica clínica: obliga a los profesionales a informar adecuadamente, garantizar el consentimiento

informado, respetar decisiones y negociar intervenciones. Esta evolución, como advierten Lázaro y Gracia (2006), refleja una transición desde un modelo de obediencia pasiva hacia un enfoque donde el paciente es considerado un sujeto con voz, responsabilidades y posibilidades de elección, aunque dicha autonomía sigue condicionada por factores institucionales, culturales y socioeconómicos.

## **Transformaciones históricas del rol médico**

El papel del médico ha atravesado profundas transformaciones a lo largo de la historia. En las culturas primitivas, la figura médica se confundía con la del chamán o sacerdote, ejerciendo un poder religioso y social sustentado en un conocimiento sagrado. Con el surgimiento del médico-filósofo hipocrático, la enfermedad comenzó a explicarse en términos racionales y observacionales, aunque persistieron ciertos rasgos “sacerdotales”, como la obligación de actuar en beneficio del paciente y el mantenimiento del secreto profesional.

Durante la Edad Media y la Modernidad, la figura del “médico-sacerdote”, tal como la definen Lázaro y Gracia (2006, p.10), consolidó su prestigio mediante códigos, rituales y privilegios sociales, reforzando su autoridad sobre el cuerpo del paciente. Ya en el siglo XX, el rol médico experimentó una transición hacia un modelo más democrático: el profesional pasó a desempeñarse como asesor, brindando información y recomendaciones en lugar de imponer decisiones, en sintonía con sociedades más horizontales y participativas.

## **Jerarquías y hegemonía médica en el campo de la salud**

El proceso de profesionalización de la medicina no fue lineal ni inmediato. Durante siglos, los médicos compitieron con curanderos, parteras y otros sanadores, sin contar con un prestigio asegurado ni con un poder claramente establecido. Como señala Prece (1999), la consolidación llegó de la mano del desarrollo científico y de la universidad, que convirtieron a la medicina en una “profesión erudita” sustentada en un saber técnico y académico.

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX, la profesión médica logró organizarse como una profesión de consulta, controlando no solo el acceso al conocimiento y a la práctica, sino también quién podía ejercerla y bajo qué condiciones. Este reconocimiento, otorgado por la sociedad a través del Estado, implicó autonomía técnica y el monopolio del arte de curar, configurando así un estatus singular dentro del sistema de salud.

El poder social de la medicina se sustenta así, no solo en el conocimiento especializado y el control del acceso a la profesión, sino también en su capacidad de definir qué se considera enfermedad y quién es reconocido como enfermo, construyendo jerarquías dentro del sistema sanitario y legitimando su autoridad frente a otras ocupaciones de la salud (Prece, 1999).

En un estudio sociológico clásico sobre la profesión médica (1978), Eliot Freidson profundizó en el análisis de las bases estructurales del poder médico. Según el autor, la medicina se constituye en profesión dominante porque monopoliza el arte de curar por delegación del Estado, designa con autoridad científica quién está sano y quién está enfermo, construye y legitima el rol de enfermo y se erige como depositaria de la confianza pública. Este poder se sostiene en un conocimiento especializado que solo puede adquirirse mediante un largo proceso

de formación acreditada y práctica regulada, lo que garantiza el control sobre la entrada a la profesión y el mantenimiento de estándares internos de calidad.

A ello se suma la capacidad de supervisar y coordinar al personal técnico y auxiliar, el liderazgo en los equipos de trabajo y el dominio sobre la tecnología utilizada y las condiciones de su aplicación. En conjunto, estos elementos aseguran la exclusividad de la profesión médica en el tratamiento de problemas complejos y multidisciplinarios, reforzando su condición de profesión dominante.

Freidson también analiza la posición jerárquica de las ocupaciones paramédicas (p.62), entendidas como aquellas que se organizan en torno al trabajo de la curación, pero permanecen bajo el control de los médicos. Esta subordinación se expresa en distintos planos: gran parte de su conocimiento técnico es producido, validado o supervisado por la medicina; sus tareas suelen orientarse a asistir más que a reemplazar las funciones centrales de diagnóstico y tratamiento; y, en la mayoría de los casos, su desempeño depende de órdenes, peticiones o supervisión médica directa. El prestigio de estas ocupaciones, en consecuencia, es inferior al de los médicos, lo que refuerza su carácter subordinado dentro del campo sanitario.

En síntesis, para Freidson las ocupaciones paramédicas se diferencian de las profesiones dominantes por su menor grado de autonomía, responsabilidad, autoridad y prestigio. No obstante, al estar estructuradas en torno a la medicina, constituyen un tipo de organización ocupacional sociológicamente diferenciado, que encuentra en la relación con la profesión médica su eje de legitimidad.

Es importante señalar que su análisis se inscribe en un contexto muy específico: Estados Unidos, en la década de 1970, cuando la medicina se consolidaba como profesión dominante y las ocupaciones paramédicas estaban fuertemente subordinadas. Si bien algunas de sus observaciones reflejan dinámicas de poder que hoy pueden haberse modificado, su trabajo sigue aportando elementos conceptuales valiosos para comprender la posición de la medicina y otras profesiones de la salud dentro del sistema sanitario. En particular, permite reflexionar sobre cómo se construyen la autoridad, la autonomía y la legitimidad profesional, y ofrece herramientas analíticas útiles para pensar tanto la relación entre diferentes ocupaciones de la salud como su interacción con los pacientes, incluso en contextos actuales donde la subordinación puede ser menor o más compleja.

Ahora bien, estas jerarquías existentes entre las profesiones no se entienden sin considerar el peso del paradigma biomédico. No todas las ocupaciones en el campo de la salud han adquirido el estatus profesional al mismo tiempo ni siguiendo trayectorias idénticas; algunas lo han hecho de manera más dependiente de la medicina, mientras que otras lograron mayores niveles de autonomía en función del reconocimiento de que poseen un saber especializado. Sin embargo, todas comparten una misma tensión: “la de surgir subsumidas, subsidiarias y subalternas a la corporación médica y en permanente tensión con ella” (Heredia y Espíndola, 2017, cit. en Bacchetta, 2024).

Por su posición predominante en el sistema de salud, los médicos han controlado durante mucho tiempo los procesos de enseñanza-aprendizaje de otras disciplinas afines, entre ellas la enfermería, estableciendo sus planes de estudio, determinando sus contenidos, dirigiendo las carreras y ejerciendo funciones docentes; imponiendo de este modo sus concepciones y orientaciones respecto de la salud, la enfermedad y la atención (Bacchetta, 2024).

## **Biologismo y centralidad técnica en el modelo médico hegemónico**

Desde el campo de la antropología, Eduardo Menéndez, antropólogo social argentino radicado en México, ha desarrollado ampliamente estas ideas al referirse al modelo médico hegemónico, entendido como “el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica”, que se ha expandido desde finales del siglo XVIII hasta constituirse como la forma única de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado, excluyendo, eliminando y/o subordinando otras formas de atención. (Menéndez, 2020, p. 88) Esta hegemonía no implica ausencia de otras formas de atención, sino la subordinación de saberes populares, tradicionales o alternativos, que persisten en tensión, reapropiación o complementariedad respecto del biomédico.

Dentro de los rasgos estructurales de este modelo, Menéndez resalta el biologismo, considerado central porque garantiza el carácter científico del modelo y jerarquiza ciertos factores explicativos de la enfermedad en detrimento de otros. Este rasgo se refleja en la formación médica profesional, que se centra en el estudio de la anatomía y de un cuerpo biológico presentado seccionado en partes y aislado de su sociedad, cultura e identidad. Los médicos aprenden sobre cuerpos de personas de estratos sociales menos favorecidos, obtenidos en asilos, hospitales públicos, cárceles, orfanatos o cuarteles, incorporando la desigualdad social desde los inicios de su formación.

Durante la era científica, la formación de médicos estuvo casi completamente circunscripta al estudio de los fenómenos corporales, siguiendo un enfoque mecanicista en el que el cuerpo humano se equiparaba a una máquina: la enfermedad se entendía como falla y la cura como reparación. Epistemológicamente, la formación se basó en un estudio riguroso del cuerpo, separado del sujeto (Le Breton, 1995), cosificado, sacralizado y objeto de investigación (Rovaletti, 1998), entendido como receptáculo de la enfermedad.

En este marco, la enfermedad se conceptualizó como un hecho natural y biológico, despersonalizado y desvinculado de la historia social del paciente, quien quedó subordinado a la labor del médico. La medicina moderna planteó así, una separación absoluta entre sujeto y objeto de conocimiento, promoviendo un observador imparcial y objetivo cuya función se orienta a la curación y a la “reparación del cuerpo”.

Esta visión reduccionista y fragmentaria condujo a la hiper-especialización y al “parcelamiento del cuerpo médico” (Rovaletti, 1998), fenómeno que repercutió no solo en la formación de los médicos, sino también en la de otros trabajadores de la salud y en la división de tareas entre ellos. Así, el médico se convirtió en “el prototipo del hombre tecnológico” (Prece, 1999), priorizando la dimensión técnica de su labor y delegando a otros miembros del equipo de salud aspectos relativos a las relaciones sociales (Le Breton, 1995).

La formación médica, con énfasis en funciones técnicas y asistenciales, se centró en la atención curativa más que preventiva, restringida al ámbito institucional -hospitales, centros sanitarios- dejando en gran medida desatendidos los procesos sociales, culturales o psicológicos. Esta perspectiva, propia del paradigma biomédico, se trasladó al resto de las ocupaciones de la salud mediante los procesos de formación profesional, consolidando la hegemonía de la medicina científica en la capacitación y práctica profesional (Menéndez, 2020).

Esta estructura jerárquica y centralización del saber médico tiene implicancias directas en la autonomía de otras profesiones de la salud, pues condiciona la organización de equipos

interdisciplinarios y la posibilidad de un enfoque integral de la atención, que considere al paciente no solo como cuerpo biológico, sino también como sujeto social y cultural. De este modo, el modelo biomédico se consolidó como marco hegemónico no solo por su éxito técnico, sino también por su capacidad de organizar la formación de los profesionales de la salud, orientando contenidos, prácticas y relaciones jerárquicas. Este enfoque privilegia la dimensión corporal y técnica, subordinando otras formas de conocimiento y perspectivas culturales, lo que impacta en la autonomía de ocupaciones como la enfermería y en la relación médico-paciente (Menéndez, 2020; Prece, 1999).

### **Críticas al modelo biomédico y hacia un enfoque integral de la salud**

En las últimas décadas, el modelo biomédico ha sido objeto de críticas por su limitada capacidad para abordar la salud en su complejidad social, cultural y ambiental. Algunos autores señalan que la efectividad de la medicina científica ha sido “sobrevalorada”, dado que gran parte de las mejoras en la salud poblacional se explican por transformaciones sociales y ecológicas, como la higiene, la nutrición, la urbanización y el desarrollo económico, más que por la destreza médica (De Miguel, 1976). Los avances médicos, incluyendo medicamentos, intervenciones quirúrgicas y antibióticos, si bien significativos, solo impactaron de manera sostenida en la mortalidad infantil y en la esperanza de vida bien entrado el siglo XX.

Una segunda crítica apunta a la exclusión del saber del paciente. Tradicionalmente, éste ha sido concebido como un “cuerpo enfermo” que debe ser tratado, prescindiendo de su interpretación subjetiva de la enfermedad. Esta visión reduccionista genera un distanciamiento entre profesional y paciente, limitando la comprensión integral de la enfermedad y la posibilidad de cuidado compartido (Belmartino, 2011).

En tercer lugar, se cuestiona la jerarquización de la medicina científica frente a otras formas de conocimiento y prácticas terapéuticas. La medicina moderna se ha posicionado históricamente como superior, considerando inválidas aquellas prácticas “no científicas”. No obstante, la creciente aceptación social de medicinas alternativas, como la homeopatía o la acupuntura, evidencia los límites del paradigma biomédico y la necesidad de abordajes más integrales.

El reconocimiento de la relevancia de factores sociales y ecológicos impulsó la incorporación de las ciencias sociales en la formación sanitaria, promoviendo un enfoque integral que combina aspectos biológicos y psicosociales. La integración de estas perspectivas permite analizar críticamente los efectos del paradigma biomédico sobre la organización de los equipos, la jerarquización del conocimiento y la relación con los pacientes, contribuyendo a un abordaje más complejo, interdisciplinario e integral de la salud.

### **De la autoridad médica al diálogo: “El paciente toma la palabra”**

En las últimas décadas, la relación médico-paciente ha experimentado una transformación al ser cuestionada la autoridad absoluta de la profesión médica. La participación de los usuarios en la toma de decisiones clínicas se ha ampliado, en parte impulsada por

movimientos sociales surgidos en los años '60, que marcaron un hito en la democratización de las sociedades contemporáneas (Ugalde, 1987).

Se ha instalado un clima de creciente "reflexividad", donde creencias y prácticas se revisan y evalúan sistemáticamente, y donde el saber profano o lego comienza a ser considerado válido en la consulta médica. Esto aporta elementos fundamentales para el diagnóstico, la indicación terapéutica y la adherencia al tratamiento, otorgando al paciente mayor dignidad y visibilidad y cuestionando progresivamente la opinión profesional.

Una sociedad más informada se posiciona de manera más simétrica frente al médico. La incorporación del saber del paciente amplía la perspectiva clínica y modifica la dinámica de la consulta, aunque persisten diferencias en el acceso a la información, la capacidad de interlocución y la influencia sobre los tratamientos. De este modo, la democratización del vínculo clínico se manifiesta como un proceso parcial y en constante redefinición, donde se combinan avances en autonomía con estructuras profesionales preexistentes.

Un estudio sobre la comunicación médico-paciente, realizado en un hospital de alta complejidad en la Ciudad de Buenos Aires, examinó la calidad de la información médica brindada en distintas áreas, incluyendo terapia intensiva, neonatología y cuidados paliativos (Prece, Bacchetta, Castronuovo & Pizzo, 2004). Los resultados muestran que los pacientes a menudo enfrentan dificultades para comprender las indicaciones médicas, retirándose de la consulta sin haber asimilado completamente la información necesaria. Algunos testimonios recogidos ilustran esta situación: "A veces me dan indicaciones que no entiendo del todo; cada médico habla distinto y no sé qué priorizar", "Me voy de la consulta con la sensación de no haber entendido bien lo que debo hacer; después trato de averiguarlo sola", "Siento que no siempre puedo hacer preguntas, y entonces hago lo que creo que es correcto". Estos relatos evidencian que la claridad, el lenguaje utilizado y la disponibilidad de tiempo para explicar los procedimientos afectan directamente la adherencia a los tratamientos y la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la salud, mostrando que la información médica no es solo un recurso técnico, sino también un elemento social y comunicacional que influye en la experiencia de enfermedad y en la construcción de la autonomía del paciente.

### **La práctica clínica como espacio de negociación**

Los desafíos en la comunicación y la comprensión de la información médica se reflejan también en estudios etnográficos que muestran cómo la práctica clínica constituye un espacio de negociación. El trabajo de María Laura Recoder (2011), realizado en un hospital público de Salvador de Bahía, Brasil, en el área de atención a personas con VIH/Sida, evidencia que cada consulta se configura como un espacio complejo de interacción, donde se entrelazan relaciones de autoridad, afectos y significados compartidos, y donde la experiencia del paciente influye en la interpretación de la enfermedad y en la toma de decisiones sobre su cuidado. Este enfoque etnográfico, utilizado por Recoder y también en nuestro estudio previamente citado (Prece, Bacchetta, Castronuovo & Pizzo, 2004), permite comprender los significados que los actores atribuyen a sus prácticas y revelar dimensiones de la vida social que suelen permanecer invisibles en abordajes más estructurales o cuantitativos.

En el ámbito de la salud, los estudios etnográficos resultan especialmente valiosos porque permiten observar cómo se configuran, en la práctica cotidiana, las relaciones de poder,

las formas de comunicación y las negociaciones entre médicos, pacientes y familiares. La etnografía ilumina las tensiones, silencios, gestos y significados compartidos que estructuran la experiencia de la enfermedad y del cuidado, revelando la dimensión cultural y relacional de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Recoder señala que los médicos buscan mantener su autoridad mediante estrategias discursivas, como el uso de terminología técnica, el control del tiempo y la secuencia de la consulta, así como ciertas formas de lenguaje que consolidan su posición profesional. Sin embargo, los pacientes participan activamente, recurriendo a silencios, gestos, sonrisas, confesiones parciales o referencias a experiencias previas en otros hospitales, funcionando como mecanismos de negociación que permiten expresar su conocimiento sobre la enfermedad y la vida cotidiana.

De este modo, la relación médico-paciente no es un proceso unilateral ni meramente técnico: constituye un espacio social donde los pacientes aportan su experiencia y conocimiento. La consulta se configura, entonces, como un ámbito de construcción compartida del cuidado, en el que se negocian significados, se reconocen las vivencias del paciente y se produce conocimiento de manera conjunta.

## **Conclusiones**

El análisis histórico, sociológico y etnográfico muestra que la relación médico-paciente es una construcción dinámica, marcada por tensiones entre la autoridad profesional, la autonomía del paciente y los condicionantes sociales e institucionales. La profesionalización de la medicina consolidó un poder significativo sobre la definición de salud y enfermedad, la legitimación del rol del enfermo y la supervisión de ocupaciones paramédicas; sin embargo, este poder nunca ha sido absoluto ni homogéneo. La participación activa de los pacientes, la democratización de la información y los cambios culturales han desafiado parcialmente la autoridad médica, evidenciando que la autonomía del paciente es siempre relativa y negociada en contextos específicos.

Hoy, el paciente actúa también como consumidor de servicios de salud, con derechos, expectativas y capacidad de elección, aunque limitada por desigualdades socioeconómicas, culturales y geográficas. El acceso diferencial a la atención y a la información médica condiciona tanto la experiencia de la enfermedad como la efectividad de los tratamientos, subrayando que la autonomía y participación del paciente se ejercen de manera desigual.

Asimismo, la percepción de la salud y la enfermedad depende de una multiplicidad de factores individuales, culturales y estructurales —lenguaje, educación sanitaria, género, edad, posición socioeconómica y accesibilidad a los servicios— que generan desigualdades en la experiencia de la enfermedad y en el acceso a la atención. Esto evidencia que la relación médico-paciente refleja no solo cambios en los roles, sino también la persistencia de jerarquías, limitaciones institucionales y contradicciones en la práctica clínica.

En definitiva, comprender la salud, la enfermedad y la atención requiere asumir que son procesos multidimensionales, en los que la autoridad profesional, la participación del paciente y los condicionantes sociales se articulan de manera compleja. Reconocer estas tensiones y desigualdades es indispensable para un análisis integral, en un contexto en el que los procesos

de salud-enfermedad-atención siguen siendo desiguales, tecnológicamente mediados y condicionados por factores culturales, socioeconómicos y políticos.

Los debates actuales en torno a la salud intercultural, los determinantes sociales y la necesidad de modelos de atención más integrales muestran que estas desigualdades, tensiones culturales y disputas de saberes continúan presentes. Incorporar estas perspectivas resulta esencial para diseñar políticas públicas que consideren la diversidad de experiencias y garanticen un acceso más equitativo a los servicios de salud.

Por último, la etnografía se presenta como una herramienta metodológica clave, al permitir observar cómo se negocian los significados de la enfermedad, cómo se configuran las relaciones de poder en la consulta y cómo los pacientes participan activamente en la construcción de su cuidado. De este modo, un abordaje interdisciplinario e integral no solo enriquece la comprensión académica, sino que también abre caminos para transformar prácticas y políticas de salud en sociedades cada vez más diversas y desiguales.

## Referencias

- Bacchetta, J. (2024). *Sociología de la enfermería y sociología en la enfermería: Una reflexión epistemológica sobre la formación profesional de los enfermeros*. SciELO Preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.10755>
- Belmartino, S. (2011). *Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica* (Documento de trabajo Nº 8). Clepp – Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas.
- Coe, R. M. (1973) La respuesta a la enfermedad. En R.M. Coe, *Sociología de la medicina* (pp. 80-141). Alianza Universidad.
- De Miguel, J. (1976). Fundamentos de sociología de la medicina. *Papers, Revista de Sociología*, 5, 209–239.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Ediciones Península.
- Heredia, A.M. y Espíndola, K. (2017). *Los procesos de profesionalización de la enfermería: reflexiones a tiempo. Territorios del cuidado*, 1(2), 7-21. Universidad Nacional de Quilmes. <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3494>
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie: Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot.
- Kornblit, A. L., & Mendes Diz, A. M. (2000). *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Grupo Editor Aique.
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29.
- Le Breton, D. (1995). Medicina y medicinas: De una concepción del cuerpo a concepciones del hombre (Cap. 9). En *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

- Mendes Diz, A.M. & Prece, G. (s.f.) *Las dimensiones psicosociales y culturales en las prácticas relativas a la salud* (Inédito).
- Menéndez, E. (2020). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica* (1.ª ed. ampliada) [Libro digital]. Universidad Nacional de Lanús. <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/8/19/38-2>
- Prece, G. (1999). *Las profesiones de la salud en los umbrales del tercer milenio* (Fascículo 5, Medicina y Sociedad). Instituto Universitario CEMIC.
- Prece, G., Bacchetta, J., Pizzo, S., & Castronuovo, L. (2004). ¿Quién dijo qué? El difícil manejo de la información médica. En M. Abramzón, L. Findling, A. M. Mendes Diz, & P. Di Leo (Eds.), *V Jornadas de Debate Interdisciplinario en salud y Población, julio 2003*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA. <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/actas/>
- Recoder, M. L. (2011). Médicos, pacientes y consultorios: Un abordaje etnográfico en las consultas médicas en la atención del VIH-SIDA. *Runa*, 32(1), 63–82. <http://www.scielo.org.ar>
- Rovaletti, M. L. (1998). El saber biomédico y la metáfora mecanicista. En *Perspectivas bioéticas en las Américas*, 3(6). FLACSO – Primo Editora.
- Ugalde, A. (1987) La sociología de la salud en las sociedades post-industriales: el caso de los Estados Unidos. *Medicina y sociedad*. Enero-abril 1987; 10 (1-2): 25-31.

#### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

#### **Declaración de disponibilidad de los datos de investigación**

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio se publicó en el propio artículo.

## Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.