

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

La autoridad médica en disputa: desplazamiento epistémico y mediación algorítmica en salud

Miguel Ángel Carrasco Garcia

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18649>

Enviado en: 2026-10-28

Postado en: 2026-10-29 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

La moderación de este preprint recibió lo/s endoso/s de:

- RAMON CLADELLAS (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0801-8462>)

La autoridad médica en disputa: desplazamiento epistémico y mediación algorítmica en salud

Miguel Ángel Carrasco García

Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile

<https://orcid.org/0000-0003-4657-6390> | miguel.carrasco@uach.cl

Resumen

La creciente disponibilidad de conocimiento biomédico no garantiza el reconocimiento de la autoridad de quienes poseen competencia profesional para interpretarlo. Esta paradoja plantea nuevos desafíos para la salud colectiva en sociedades atravesadas por plataformas digitales e inteligencia artificial. El presente ensayo propone el concepto de desplazamiento epistémico en salud para comprender la redistribución del reconocimiento de autoridad desde el médico tratante hacia fuentes extraclínicas. Mediante una articulación teórica entre sociología de las profesiones, salud colectiva latinoamericana, teorías de la comunicación y estudios sobre mediación algorítmica, se desarrolla un modelo de cinco dominios: relación clínica, mediación algorítmica, contexto sociocultural, condiciones socioeconómicas e institucionales y personalidad como posible moderador. Se plantea que las representaciones de enfermedad, las mediaciones comunicacionales y las condiciones del cuidado intervienen en la legitimidad atribuida a distintas fuentes sanitarias. El desplazamiento epistémico no equivale necesariamente a desinformación, pérdida de confianza ni abandono terapéutico. Se concluye que el desafío no consiste en restablecer la obediencia médica, sino en fortalecer las condiciones sociales e institucionales que permiten reconocer, negociar y compartir la autoridad sanitaria sin desconocer la autonomía de las personas.

Palabras clave: Autoridad sanitaria; Salud colectiva; Mediación algorítmica; Relación médico-paciente; Representaciones de la enfermedad.

Resumo

A autoridade médica em disputa: deslocamento epistêmico e mediação algorítmica em saúde

A crescente disponibilidade de conhecimento biomédico não garante o reconhecimento da autoridade de quem possui competência profissional para interpretá-lo. Esse paradoxo coloca novos desafios para a saúde coletiva em sociedades atravessadas por plataformas digitais e inteligência artificial. Este ensaio propõe o conceito de deslocamento epistêmico em saúde para compreender a redistribuição do reconhecimento de autoridade do médico assistente para fontes extraclínicas. Por meio de uma articulação teórica entre sociologia das profissões, saúde coletiva latino-americana, teorias da comunicação e estudos sobre mediação algorítmica, desenvolve-se um modelo de cinco domínios: relação clínica, mediação algorítmica, contexto sociocultural, condições socioeconômicas e institucionais e personalidade como possível moderador. Propõe-se que as representações da doença, as mediações comunicacionais e as condições do cuidado intervêm na legitimidade atribuída a diferentes fontes de saúde. O deslocamento epistêmico não equivale necessariamente a desinformação, perda de confiança ou abandono terapêutico. Conclui-se que o desafio não consiste em restabelecer a obediência médica, mas em fortalecer as condições sociais e institucionais que permitem reconhecer, negociar e compartilhar a autoridade sanitária sem desconsiderar a autonomia das pessoas.

Palavras-chave: Autoridade sanitária; Saúde coletiva; Mediação algorítmica; Relação médico-paciente; Representações da doença.

1. Introducción

La atención de salud se ha desarrollado en un contexto de relaciones sociales, culturales y políticas donde distintos saberes disputan reconocimiento y legitimidad para orientar el cuidado. Actualmente, la expansión de plataformas digitales, redes sociales e inteligencia artificial (IA) generativa introduce nuevas condiciones de acceso, visibilidad e interacción con fuentes externas a los espacios asistenciales; ampliando las posibilidades de información y autonomía, pero también intensificando las controversias sobre qué conocimientos resultan legítimos para orientar las decisiones, erosionando la confianza en la autoridad médico asistencial.

La investigación sobre confianza en IA muestra un resultado contradictorio; por un lado, las personas sobrevaloran las respuestas de la IA cuando desconocen su origen (AYERS et al., 2023; SHEKAR et al., 2025), pero desconfían de ellas cuando saben que provienen de una IA (REIS; REIS; KUNDE, 2024; LANDRUM; VERMA; KEHRBERG, 2026). Asimismo, la reflexión ética ha problematizado las relaciones entre sistemas automatizados, confianza y autoridad profesional (HATHERLEY, 2020; FUNER, 2022), sobre todo a propósito de la IA

que utiliza el clínico y no de la que el paciente usa por su cuenta. Sin embargo, estas aproximaciones no explican cómo las fuentes digitales adquieren legitimidad en las decisiones cotidianas de los pacientes ni cómo ese reconocimiento se articula con las experiencias asistenciales, las condiciones de vida y las relaciones de poder.

Desde la salud colectiva latinoamericana, las transformaciones digitales del cuidado han sido examinadas en relación con la reorganización de los espacios asistenciales y las tensiones entre racionalidad algorítmica y pensamiento relacional (ALMEIDA-FILHO, 2023; SPINELLI, 2025). Investigaciones desarrolladas en Chile han identificado asociaciones entre formas de mediación digital, relaciones clínicas y conductas vinculadas con la continuidad asistencial (CARRASCO GARCÍA et al., 2026a, 2026b; CARRASCO et al., 2026); hallazgos empíricos relevantes, pero que no permiten establecer por sí mismos los mecanismos que intervienen en la redistribución del reconocimiento de autoridad, ni entender la adherencia y las múltiples determinantes de las conductas sanitarias (BERBEN et al., 2012).

Surge así un problema teórico que este ensayo aborda mediante tres preguntas. ¿Bajo qué condiciones los pacientes dejan de reconocer en su médico la autoridad para orientar sus decisiones y la otorgan a fuentes digitales? ¿Cómo intervienen en ese proceso el vínculo clínico y las mediaciones comunicacionales, tecnológicas, culturales y sociales? ¿Qué implicaciones tiene esta transformación para la autonomía y la continuidad del cuidado?.

Este ensayo propone un modelo conceptual de cinco dominios, que se desarrollará ampliamente más adelante, a partir de la sociología, la salud colectiva, los estudios de mediaciones comunicacionales y las implicaciones para la autonomía y la continuidad del cuidado.

2. Fundamentos sociológicos

La autoridad médica no deriva únicamente de la validez científica del conocimiento clínico, sino también de las condiciones sociales e institucionales que permiten reconocerlo como legítimo. La sociología de las profesiones mostró que la medicina conquistó la capacidad de definir la realidad de la enfermedad y de orientar las decisiones sobre el propio cuerpo (FREIDSON, 1970; STARR, 1982); y Foucault (1963, 1976), Bourdieu (1982) y Giddens

(1990) nos permiten comprender cómo se constituyó esa autoridad, cómo adquiere reconocimiento y bajo qué condiciones puede ser cuestionada.

Foucault (1963) mostró que la medicina moderna consolidó formas específicas de observar, clasificar e interpretar la enfermedad, vinculadas con la organización institucional del conocimiento clínico. Su análisis de las relaciones entre saber y poder permite comprender que esta autoridad no opera al margen de las estructuras sociales, sino dentro de prácticas que establecen quién puede producir enunciados considerados válidos y bajo qué condiciones (FOUCAULT, 1976), adquiriendo una dimensión histórica e institucional y un reconocimiento social. Bourdieu (1982) permite profundizar esta distinción mediante el concepto de poder simbólico, donde la eficacia de un discurso no depende solo de su contenido, sino también de la autoridad socialmente reconocida que lo enuncia. Giddens (1990), por su parte, sitúa la confianza en los sistemas expertos como un rasgo de las sociedades modernas, las personas recurren a conocimientos especializados cuya validez no pueden verificar directamente, generando una dependencia racional (HARDWIG, 1985). En salud, esa confianza se expresa en las instituciones y en las relaciones concretas con los profesionales, y se tensiona cuando distintas fuentes ofrecen recomendaciones incompatibles. La desprofesionalización anticipó esa tensión en el plano de la profesión (HAUG, 1973), internet la volvió cotidiana (HARDEY, 1999) y hoy las personas enfrentan a expertos en desacuerdo sin criterios para evaluarlos (GOLDMAN, 2001).

En síntesis, el conocimiento experto no garantiza por sí solo su autoridad y el desplazamiento epistémico en salud no anula la validez médica, sino que redefine su centralidad frente a otros saberes. Comprender este cambio requiere analizar las prácticas de cuidado y la tradición latinoamericana de salud colectiva.

3. Salud colectiva, autoatención y producción social del cuidado

La medicina social y la salud colectiva latinoamericanas comprenden los procesos de salud, enfermedad y atención como fenómenos configurados por condiciones materiales de existencia, desigualdades y relaciones de poder (LAURELL, 1982; BREILH, 2003). Las decisiones sanitarias son, por tanto, prácticas situadas en contextos sociales e institucionales que condicionan el acceso al conocimiento y la continuidad del cuidado. Testa (1993) identificó, entre las formas de poder del sector, un poder técnico fundado en la capacidad de producir, acceder y utilizar conocimiento; desde esa óptica, el desplazamiento puede leerse

como una transferencia de poder técnico desde el médico y las instituciones de salud hacia las plataformas digitales.

Menéndez (2003) mostró que las personas articulan conocimientos biomédicos, experiencias familiares y saberes populares mediante prácticas de autoatención. Esta pluralidad antecede a internet y no implica necesariamente rechazar la medicina profesional, aunque puede generar conflictos entre fuentes de orientación sanitaria. El modelo médico hegemónico permite comprender el predominio institucional de la biomedicina y su persistencia frente a las innovaciones tecnológicas (MENÉNDEZ, 2020).

Merhy (2002) sitúa la producción del cuidado en el trabajo vivo del encuentro asistencial, y la clínica ampliada integra conocimiento especializado, singularidad del sujeto y participación en las decisiones (CAMPOS; AMARAL, 2007). La educación popular en salud, a su vez, reconoce los saberes comunitarios y cuestiona las relaciones verticales entre profesionales y usuarios (VASCONCELOS, 2004).

Desde esta perspectiva, el desplazamiento epistémico se inscribe en una historia de negociación y conflicto entre saberes. Su particularidad no reside en consultar fuentes externas al médico, sino en que las mediaciones digitales pueden reorganizar su visibilidad, accesibilidad y credibilidad. Por eso, siguiendo la crítica de Arouca (2003) al dilema preventivista, una respuesta centrada en corregir la información de cada persona sería reduccionista si no considera la autonomía de las personas, las desigualdades sociales y las condiciones institucionales que sostienen el vínculo clínico.

4. El desplazamiento epistémico en salud

Si la autoridad sanitaria es una relación de reconocimiento y el cuidado se produce en el encuentro, el lugar donde se sostienen o se pierden es el vínculo clínico. La pragmática de la comunicación de la escuela de Palo Alto precisa que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro relacional, y el segundo clasifica al primero (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967). En la consulta, el plan terapéutico es el contenido, y el vínculo con el profesional, el marco que le da credibilidad y sentido. Cuando la interacción clínica se debilita, la persona no deja de necesitar orientación, porque la dependencia del experto no desaparece, sino que la busca en otra parte. La continuidad de gestión descansa sobre la continuidad relacional (HAGGERTY et al., 2003), la relación médico-paciente figura entre

los determinantes más consistentes de la adherencia en la región (SANDOVAL et al., 2014) y ese vínculo venía debilitándose antes de la irrupción digital, por la tecnificación de la práctica médica (SCHRAIBER, 2025).

Retomando Palo Alto, la relación clínica constituye una interacción complementaria, marcada por asimetrías de conocimiento y poder cuya legitimidad debe sostenerse en la deliberación y no en la subordinación. La centralidad del vínculo en el reconocimiento de autoridad constituye la hipótesis del modelo, aún pendiente de comprobación.

El desplazamiento epistémico no elimina la dependencia del conocimiento experto, sino que reorienta su reconocimiento. Para distinguir el fenómeno de sus causas y consecuencias, se identifican cuatro planos: la autoridad epistémica, que es aquello que se redistribuye; la relación clínica, donde se construye el vínculo; la mediación digital, que facilita el acceso a otras fuentes, y la conducta terapéutica, que puede modificarse sin que ello sea una consecuencia necesaria.

Este desplazamiento no supone necesariamente un perjuicio, ya que cuestionar indicaciones, buscar segundas opiniones o recurrir a saberes comunitarios puede expresar autonomía, y consultar internet o cambiar de médico no demuestra por sí mismo una transferencia de autoridad.

En consecuencia, se define *el desplazamiento epistémico en salud* como el proceso por el cual una persona redistribuye el reconocimiento de autoridad desde su médico tratante hacia fuentes accesibles mediante buscadores, redes sociales o inteligencia artificial generativa.

5. De las mediaciones comunicacionales a las algorítmicas

El reconocimiento de autoridad sanitaria no se produce exclusivamente en la consulta, sino que las indicaciones médicas adquieren sentido mediante experiencias, relaciones y contextos socioculturales. Martín Serrano (1977) concibió la mediación como un principio de orden entre distintos planos de la realidad; Martín-Barbero (1987) desplazó el análisis de los medios de comunicación hacia las mediaciones desde las cuales las personas producen sentido; y Orozco Gómez (1994) sistematizó las múltiples mediaciones que intervienen en la recepción,

incluida la tecnológica, explicando que los mensajes sanitarios se interpretan desde los vínculos y saberes de quienes los reciben.

Durante décadas los medios de comunicación tradicionales han operado mediante instituciones identificables y mecanismos de responsabilidad editorial; actualmente, el ecosistema digital incorporó sistemas automatizados que seleccionan, jerarquizan y reiteran contenidos (JUST; LATZER, 2017), es la llamada *Trinidad Digital* sustentada en la datificación, algoritmización y plataformización de la información digital de las personas, que exige confiar en sistemas difíciles de inspeccionar (LATZER, 2022), atravesados por lógicas comerciales que no necesariamente responden a prioridades sanitarias (ZUBOFF, 2019).

Sobre esta base teórica se propuso el concepto de mediación algorítmica en salud (MAS), entendida como el proceso mediante el cual sistemas de selección automatizada intervienen en la producción y circulación del conocimiento sanitario (CARRASCO GARCÍA et al., 2026a). Opera en tres niveles; en el macro, las plataformas jerarquizan contenidos mediante criterios de interacción que no necesariamente corresponden a su validez científica, favoreciendo dinámicas comparables a las burbujas de filtros (PARISER, 2011); en el meso, la información se interpreta y negocia mediante las mediaciones socioculturales (MARTÍN-BARBERO, 1987), la disonancia cognitiva (FESTINGER, 1957) y posibles diferencias individuales vinculadas con la personalidad (AMICHAH-HAMBURGER; VINITZKY, 2010); y en el micro, el paciente puede llegar a la consulta con interpretaciones construidas en entornos digitales que refuerzan o tensionan las recomendaciones clínicas (ZONDAG et al., 2024) donde la empatía y la comunicación relacional intervienen en la negociación de esas interpretaciones.

Cuando la información digital contribuye a decisiones perjudiciales para la salud, puede producirse iatrogenia digital (QUARESMA COELHO; QUARESMA COELHO; DIAS CARDOSO, 2013), y se ha propuesto el concepto de *loop patológico algorítmico en salud* (LOPAS) el cual describe una dinámica circular en la que la búsqueda reiterada de información descontextualizada puede reforzar interpretaciones erróneas y comprometer la continuidad terapéutica.

6. El contexto como marco de interpretación

El interaccionismo simbólico explica que las personas actúan respecto de los elementos de su entorno según los significados que les atribuyen, los cuales surgen de la interacción social y son mediados por procesos de interpretación (BLUMER, 1969). Goffman (1974) agregó que esta experiencia se organiza mediante marcos interpretativos que permiten definir qué está ocurriendo en una situación. Desde una perspectiva complementaria, Duranti y Goodwin (1992) conciben el contexto como el campo de acción en el que se inserta un acontecimiento y que proporciona recursos para interpretarlo; no constituye un escenario fijo, sino una configuración que se construye y transforma mediante la interacción con la familia, la comunidad y otras relaciones significativas.

Van Dijk (2008) profundiza esta perspectiva al señalar que los participantes elaboran modelos mentales de los aspectos de la situación que consideran relevantes; en este proceso, las representaciones de la enfermedad constituyen un componente fundamental de la comunicación. Moscovici (1961) plantea que las representaciones sociales permiten comprender cómo los conocimientos se construyen, circulan y adquieren sentido en la vida cotidiana. Aplicado al ámbito sanitario, el Modelo del Sentido Común de Leventhal explica cómo las personas organizan sus representaciones de la enfermedad en torno a su identidad, causas, duración, consecuencias y posibilidades de control (LEVENTHAL; MEYER; NERENZ, 1980), y en las racionalidades legas, la medicina puede ser simultáneamente reverenciada y resistida, mientras que el conocimiento biomédico se incorpora a sistemas de significados más amplios (SILVA; ALVES, 2011).

En este escenario, los algoritmos no determinan unilateralmente qué se reconoce como verdadero, sino que seleccionan, jerarquizan y amplifican contenidos que interactúan con interpretaciones previamente construidas y que, a su vez, pueden contribuir a transformarlas. Desde esta perspectiva, el contexto sociocultural interviene en el desplazamiento epistémico al proporcionar los marcos interpretativos desde los cuales se evalúa la credibilidad de las distintas fuentes sanitarias.

7. Condiciones socioeconómicas e institucionales

Para la salud colectiva, la salud y la enfermedad expresan el modo en que una sociedad organiza el trabajo, el consumo y el acceso a los bienes (LAURELL, 1982); por lo tanto, lo que en el plano individual aparece como conducta o preferencia está determinado por la

posición que cada grupo ocupa en esa organización (BREILH, 2003). Para el desplazamiento epistémico, esto significa que la decisión de alejarse del médico no se toma solo frente a una pantalla, sino desde una situación concreta como el tiempo de espera para ser atendido, el costo de un examen, la distancia hasta el centro de salud o la imposibilidad de dejar el trabajo para asistir a un control. Estas condiciones actúan sobre el vínculo por dos vías:

La primera es institucional, la atención primaria es efectiva cuando ofrece continuidad con un mismo profesional (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005) ya que la interacción tiene una dimensión relacional fundada en la confianza que se genera en el tiempo, y es capaz de garantizar gestión, relacionada con todos los elementos necesarios para la coordinación de una atención satisfactoria (HAGGERTY et al., 2003).

La segunda es material; la adherencia depende tanto del paciente como del sistema de salud y de las condiciones sociales y económicas en que vive (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Hart (1971) advirtió que la disponibilidad de buena atención tiende a variar en sentido inverso a la necesidad de la población. Si el desplazamiento se concentra donde el vínculo es más frágil, la mediación digital puede profundizar esa desigualdad. Quienes más necesitan una relación clínica estable serían también quienes tienen más probabilidades de reemplazarla por fuentes que no pueden verificar.

8. La personalidad

En ese plano, el modelo incorpora la personalidad como una hipótesis, no como un hallazgo. La investigación sobre internet ha mostrado que los rasgos de personalidad influyen en cómo las personas usan la red y en lo que buscan en ella. Las personas introvertidas o con mayor neuroticismo tienden a encontrar en el entorno digital un espacio para expresarse que les resulta más difícil en el encuentro cara a cara (AMICHAH-HAMBURGER; WAINAPEL; FOX, 2002). Rasgos como la extraversión, la apertura a la experiencia o la responsabilidad se asocian, además, con distintos patrones de uso de las redes sociales (AMICHAH-HAMBURGER; VINITZKY, 2010). Trabajos recientes extienden esta línea a la relación con la inteligencia artificial (AMICHAH-HAMBURGER et al., 2026).

En salud, esto permite plantear que la personalidad podría influir en el desplazamiento en dos sentidos; en quién se aleja del médico y en hacia dónde lo hace. A una persona que no se

atreve a plantear sus dudas en la consulta, un chatbot puede ofrecerle un interlocutor que no juzga. Otra, más abierta a experiencias nuevas, podría inclinarse hacia terapias alternativas o hacia figuras ajenas a la clínica. A ello se suma un mecanismo más general, ante una indicación que contradice lo que cree, una persona tiende a buscar información que reduzca esa disonancia (FESTINGER, 1957).

9. Base empírica y evidencia convergente

El modelo se construyó a partir de dos estudios realizados en Chile entre 2025 y 2026, disponibles como preprints, cuyos hallazgos se contrastaron con investigaciones nacionales e internacionales.

El primer estudio, de métodos mixtos y diseño secuencial exploratorio, se desarrolló en un centro de atención primaria público-privado del sur de Chile. Su fase cualitativa incluyó la observación de consultas y entrevistas estructuradas a 30 pacientes seleccionados intencionadamente hasta alcanzar la saturación. Cinco habían abandonado el tratamiento tras consultar información en línea, mediante trayectorias diversas en las que la familia podía favorecer o contener esa decisión (CARRASCO GARCÍA et al., 2026a).

La fase cuantitativa, transversal, incorporó a 350 pacientes consecutivos entre septiembre de 2025 y marzo de 2026, clasificados mediante un cuestionario en seis estadios de mediación digital. Un evaluador ciego a esa clasificación revisó las fichas clínicas del año anterior para identificar dos rupturas de continuidad (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002): la relacional, definida como consultar a otro médico por el mismo problema sin derivación, y la de gestión, correspondiente a la interrupción del plan terapéutico. Ambas rupturas coexistieron de manera asimétrica, aumentaron con la intensidad de mediación algorítmica y se asociaron con antecedentes de salud mental, más que con variables sociodemográficas (CARRASCO GARCÍA et al., 2026b).

El segundo estudio, cualitativo, reunió en 2025 grupos focales de pacientes con enfermedades crónicas de Santiago y La Unión. Sus relatos, analizados desde las dimensiones comunicativa, sociocultural y empática, mostraron que la confianza en un médico conocido favorecía la continuidad terapéutica, mientras su debilitamiento podía preceder a una mayor credibilidad de Google. También identificaron el abandono silencioso, cuando el paciente interrumpe el

tratamiento sin comunicárselo al profesional (CARRASCO et al., 2026). Ambos estudios contaron con aprobación ética y apoyo académico de las universidades Austral y Católica de Chile, respectivamente.

En conjunto, los hallazgos sugieren que la mediación digital interactúa con condiciones clínicas, relacionales y socioculturales. Sin embargo, ninguno de los estudios midió directamente el desplazamiento epistémico ni la personalidad. Las rupturas de continuidad son indicadores indirectos, sujetos a explicaciones alternativas; por tanto, la evidencia aporta plausibilidad al modelo, pero no demuestra sus mecanismos causales.

Estos hallazgos son consistentes con estudios latinoamericanos e internacionales (Cuadro 1), que relacionan la desconfianza en el sistema de salud con tensiones en la relación clínica al discutir información digital (MAINOUS et al., 2025) y muestran que la búsqueda en línea no se asocia consistentemente con la adherencia terapéutica (LIM et al., 2022). Por tanto, el uso digital por sí solo no explica el desplazamiento epistémico. Estos estudios se seleccionaron por su pertinencia temática para contrastar el modelo, sin pretensión de exhaustividad.

Cuadro 1. Estudios de base y estudios convergentes sobre información en línea, autoridad clínica y adherencia

Estudio	País y diseño	Participantes	Hallazgo principal	Aporte al modelo
Carrasco García et al. (2026a)	Chile; cualitativo: observación etnográfica y cuestionario	30 pacientes de atención primaria	Cinco abandonos del tratamiento tras buscar información en línea, por mecanismos heterogéneos; la familia detona o interrumpe el ciclo	Mecanismos del desplazamiento; contexto
Carrasco García et al. (2026b)	Chile; transversal, con revisión ciega de la ficha clínica	350 pacientes de atención primaria	Las rupturas relacional y de gestión coocurren de forma asimétrica, aumentan bruscamente desde el pre-loop y se asocian con la salud mental	Vínculo como núcleo; trayectoria
Carrasco et al. (2026)	Chile; cualitativo: grupos focales	Pacientes con enfermedades crónicas	La confianza en un médico conocido sostiene la adherencia; la credibilidad de Google crece cuando esa confianza cae; abandono silencioso	Vínculo; condiciones institucionales
Quaresma Coelho; Quaresma Coelho; Dias Cardoso (2013)	Brasil; transversal	221 pacientes y 84 médicos	Casi la mitad de quienes buscan en internet lo hace para contrastar el diagnóstico o el tratamiento; uno de cada diez modificó una prescripción y algunos cambiaron de médico	Loop patológico; desplazamiento horizontal

Estudio	País y diseño	Participantes	Hallazgo principal	Aporte al modelo
Halpern Jelin et al. (2015)	Chile; encuesta en línea	1.430 adultos	La mayoría se ha autodiagnosticado en internet y cerca de la mitad nunca lo ha comentado con su médico	Silencio clínico
Arruda et al. (2025)	Brasil; transversal en un hospital universitario	200 pacientes y 92 médicos	Quienes buscan en internet evalúan peor la relación con su médico; menos de la mitad comenta lo encontrado	Vínculo; silencio clínico
Weaver et al. (2009)	Encuesta	Usuarios de internet	Uno de cada diez rechazó o abandonó un tratamiento a partir de información en línea, conducta asociada a la ansiedad	MAS; salud mental
Laugesen; Hassanein; Yuan (2015)	Canadá; encuesta con modelo estructural	225 adultos	La concordancia con el médico predice la adherencia más que la calidad de la información consultada	Vínculo como núcleo

Fuente: elaboración propia. Se presentan primero los estudios de base (preprints), luego los latinoamericanos y después los de otras regiones.

La síntesis se construyó en tres pasos, se identificaron los mecanismos descritos en los estudios cualitativos, se contrastaron con los patrones de la fase cuantitativa y se interpretaron desde las tradiciones teóricas de las secciones 2 a 8.

10. Los cinco dominios en la práctica

El modelo propone que el desplazamiento resulta de la interacción de cinco dominios: estructural, sociocultural, relacional, sociotécnico e individual, cada uno con una función propia en el proceso (Cuadro 2). La personalidad es el único que no tiene respaldo en los estudios de base.

Cuadro 2. Dominios del modelo según su nivel analítico, su función y su fundamento teórico

Dominio	Nivel	Función en el modelo	Fundamento teórico
Condiciones socioeconómicas e institucionales	Estructural	Antecedente: debilitan el vínculo y empujan hacia fuentes digitales. Vía directa a la ruptura por abandono silencioso	Proceso social y determinación (LAURELL, 1982; BREILH, 2003); continuidad (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005); cuidados inversos (HART, 1971)
Contexto cultural y comunitario	Sociocultural	Moderador: define desde qué marco se interpreta la indicación. La familia puede detonar el desplazamiento o actuar como factor protector	Marcos (GOFFMAN, 1974); contexto (DURANTI; GOODWIN, 1992; VAN DIJK, 2008); racionalidades legas (SILVA; ALVES, 2011)

Dominio	Nivel	Función en el modelo	Fundamento teórico
Vínculo clínico	Relacional	Núcleo: condición previa de la autoridad. Su continuidad es el principal factor protector	Pragmática de la comunicación (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1967); tecnologías relacionales (MERHY, 2002); continuidad (HAGGERTY et al., 2003)
Mediación algorítmica en salud (MAS)	Sociotécnico	Amplifica la fisura (y puede iniciar controversias) y orienta hacia qué contenidos y figuras se dirige la autoridad	Gobernanza algorítmica (JUST; LATZER, 2017); alority (MILELLA; CABITZA, 2026); pseudoexpertos (CROCE; MARSILI, 2025)
Personalidad	Individual	Moderador hipotético, no medido: podría modular quién se desplaza y hacia qué fuente	Personalidad e internet (AMICHAH-HAMBURGER; WAINAPEL; FOX, 2002; AMICHAH-HAMBURGER; VINITZKY, 2010)
Ruptura de la continuidad	Resultado	Indicador indirecto (relacional y de gestión), no el desplazamiento mismo. Su retroalimentación sobre el vínculo es una hipótesis	Continuidad del cuidado (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002)

Fuente: elaboración propia.

10.1 El vínculo clínico: el núcleo del modelo

En la fase cuantitativa del primer estudio, los pacientes que consultaron a otro médico por el mismo problema de salud también presentaron una mayor frecuencia de abandono del plan terapéutico. Los grupos focales permitieron profundizar en esta relación, los participantes no demandaban una relación de igualdad con el médico, sino una autoridad profesional sustentada en la escucha, el conocimiento de su contexto familiar y la continuidad del vínculo. En sus relatos, el debilitamiento de esa confianza precedía a la creciente credibilidad atribuida a Google. Estos hallazgos sugieren que los pacientes no buscan una autoridad impuesta ni la transferencia íntegra de la responsabilidad de decidir, sino una relación de complementariedad construida en el encuentro clínico. Aunque esta interpretación respalda la centralidad del vínculo propuesta en la sección 4, no demuestra una secuencia causal ni excluye que las fuentes digitales puedan cuestionar la autoridad médica incluso cuando la relación asistencial permanece sólida.

10.2 Las condiciones socioeconómicas e institucionales

En la práctica, las condiciones descritas en la sección 7 actúan de cuatro maneras:

- a) erosionan el vínculo mediante consultas breves, rotación de profesionales y derivaciones lejanas (SCHRAIBER, 2025);
- b) empujan hacia fuentes digitales gratuitas e inmediatas: contar con una fuente habitual de atención primaria se ha asociado con un menor uso de ChatGPT (AYO-AJIBOLA et al., 2026);
- c) producen la ruptura por sí solas, sin que haya desplazamiento, como en el abandono silencioso por esperas y trámites descrito en los grupos focales;
- d) distribuyen de forma desigual la exposición a la mediación digital, según el capital digital de cada persona.

En América Latina, los costos de transporte, consultas y fármacos figuran entre los principales obstáculos para el control de la hipertensión (PARRA-GÓMEZ et al., 2023). En centros de salud familiar chilenos, la baja adherencia se ha asociado con barreras físicas y económicas y con la falta de apoyo familiar (HERRERA ATTON et al., 2025). Por eso el modelo distingue la vía estructural de la ruptura de la vía epistémica: no todo abandono del tratamiento es un desplazamiento de la autoridad.

10.3 El contexto cultural y comunitario

El contexto configura los marcos desde los cuales se interpretan las indicaciones médicas (sección 6). Moscovici (1961) permite comprender la construcción social de los significados sobre la enfermedad, mientras que Leventhal, Meyer y Nerenz (1980) explican cómo las personas organizan sus representaciones sobre sus causas, duración, consecuencias y posibilidades de control. Estas interpretaciones pueden reforzar o cuestionar las recomendaciones clínicas. En los estudios de base, la familia constituyó una mediación decisiva, por ejemplo, en la fase cualitativa del primer estudio podía favorecer el abandono terapéutico o contribuir a evitarlo, como ocurrió en dos de los cinco casos de abandono. En los grupos focales, la medicina herbal, la machi y el farmacéutico aparecieron como fuentes complementarias o alternativas al tratamiento, legitimadas por experiencias compartidas, vínculos de confianza y tradiciones culturales. Estas prácticas expresan diferentes marcos de interpretación de una misma indicación.

Las plataformas digitales se incorporan a esta pluralidad de saberes, modificando su circulación y visibilidad, sin determinar por sí solas cuáles adquieren autoridad. Desde el modelo propuesto, el desplazamiento epistémico puede configurarse cuando las representaciones de la enfermedad y las mediaciones socioculturales intervienen en el reconocimiento de una fuente externa como autoridad para orientar decisiones sanitarias.

10.4 La mediación algorítmica: un eje transversal

Usar fuentes digitales no equivale a desplazar la autoridad clínica. En el estudio de 350 pacientes, la mayoría se ubicaba en estadios de uso digital en los que las rupturas de la continuidad fueron poco frecuentes. Una encuesta a 1.411 adultos de Santiago, la primera realizada en Chile sobre entornos informativos de salud, apunta en la misma dirección: internet ya compite con el centro de salud como fuente de información, pero el médico sigue siendo la fuente más confiable (PEÑA Y LILLO, 2022). La pregunta del modelo no es, entonces, si las personas usan fuentes digitales, sino cuándo ese uso desplaza la autoridad.

Cuando lo hace, la mediación cumple dos funciones. La primera es amplificar. Refuerza la búsqueda que confirma lo que la persona ya cree (LOPEZ-LOPEZ et al., 2025) y ensancha una fisura previa del vínculo. También puede abrir una controversia donde no la había, porque la recomendación pasiva expone a contenidos que nadie buscó. La segunda función es orientar. La mediación define qué contenidos y figuras tiene a mano el paciente, según lógicas de mercado (ZUBOFF, 2019). Además, canaliza la autoridad hacia pseudoexpertos (CROCE; MARSILI, 2025) y lleva a atribuirle a fuentes que no pueden verificarse (MILELLA; CABITZA, 2026). La búsqueda confirmatoria y los pseudoexpertos aparecieron en la fase cualitativa del primer estudio.

Esta mediación adopta tres modalidades que pueden combinarse. En la recomendación pasiva, propia de las redes sociales, el contenido llega sin ser buscado, y la autoridad se traslada por exposición. En la búsqueda activa, la persona elige entre resultados jerarquizados y tiende a confirmar lo que ya cree. En la inteligencia artificial conversacional, la persona interroga a un sistema que responde con apariencia de empatía (AYERS et al., 2023). En este último caso, como hipótesis, la autoridad podría trasladarse por sustitución relacional, aunque percibir a la IA como interlocutor no equivale a tener un vínculo con ella. En las tres modalidades, el desplazamiento suele ser silencioso, porque muchos pacientes no comentan con su médico lo que encontraron (TAN; GOONAWARDENE, 2017).

10.5 Salud mental, estados emocionales y personalidad

La susceptibilidad al desplazamiento no es la misma en todas las personas. Conviene separar cuatro planos: los antecedentes de salud mental, los estados emocionales de cada situación, los rasgos de personalidad y los patrones de uso de la tecnología. Los estudios de base observaron solo los dos primeros. El temor y la ansiedad aparecieron entre los mecanismos del loop patológico, y los antecedentes de salud mental se asociaron con la ruptura de la continuidad, como ocurre en la literatura sobre falta de adherencia (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000). Los rasgos de personalidad, como se señaló en la sección 8, no se midieron y siguen siendo una hipótesis.

10.6 Relaciones entre dominios y gradiente del desplazamiento

Los cinco dominios del modelo interactúan entre sí (Figura 1). Para comprender cómo puede producirse el desplazamiento epistémico, se distinguen cuatro momentos analíticos:

Primero, las condiciones del vínculo clínico: la confianza en el médico, la continuidad de la atención y las experiencias previas del paciente influyen en cómo recibe e interpreta las indicaciones.

Segundo, el reconocimiento de autoridad: cuando la información digital coincide o contradice las recomendaciones médicas, el paciente evalúa a qué fuente concede mayor credibilidad para orientar sus decisiones. Aquí puede producirse el desplazamiento epistémico.

Tercero, la decisión terapéutica: el paciente puede mantener las indicaciones médicas, modificarlas, buscar otro profesional o seguir recomendaciones externas. Sin embargo, reconocer otra autoridad no implica necesariamente cambiar de conducta.

Cuarto, la continuidad del cuidado: las decisiones pueden mantener, debilitar o interrumpir la relación asistencial. Estas rupturas también pueden deberse a barreras de acceso, dificultades económicas o problemas de salud mental, sin que exista desplazamiento de autoridad.

Esta distinción permite comprender que el desplazamiento epistémico ocurre en el reconocimiento de autoridad, mientras que sus consecuencias sobre la conducta y la continuidad asistencial son posibles, pero no inevitables.

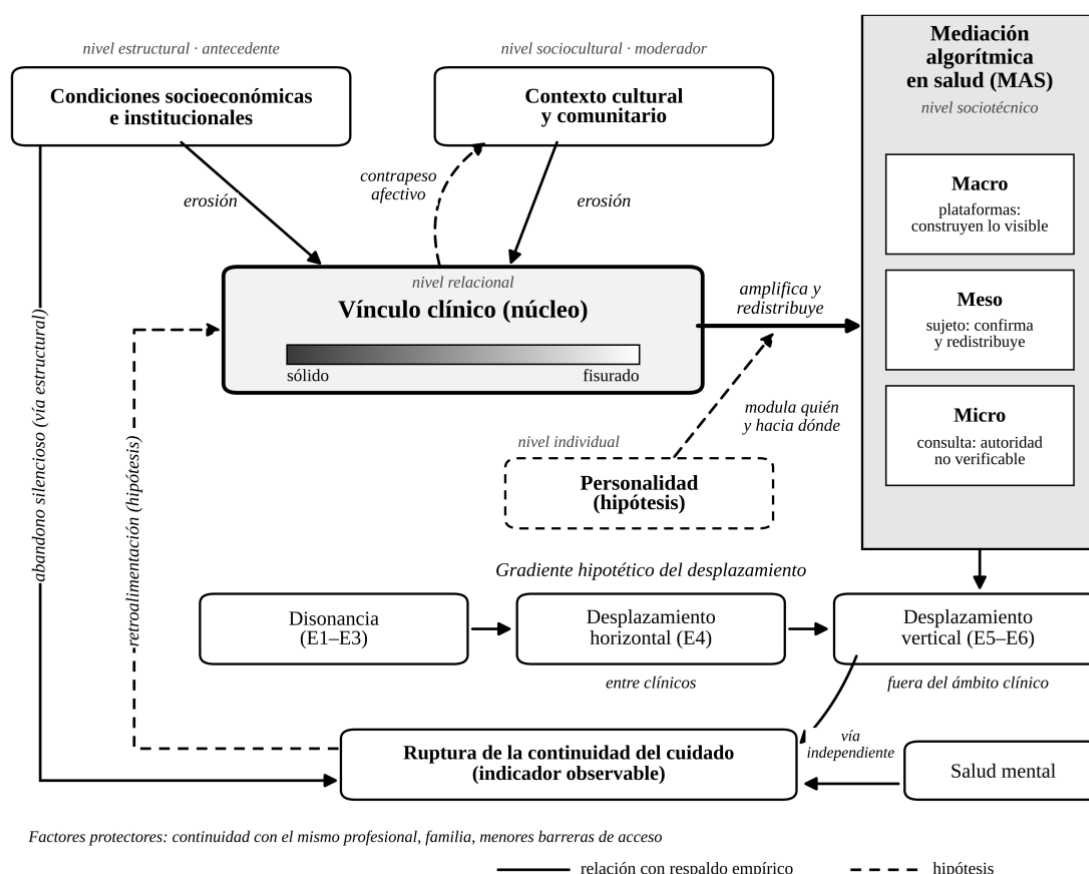


Figura 1. Modelo de cinco dominios del desplazamiento epistémico en salud
Fuente: elaboración propia.

Los seis estadios del primer estudio describen un gradiente de mediación algorítmica, no una progresión temporal demostrada.

-E1-E3, Disonancia, la información digital cuestiona las indicaciones médicas, pero las rupturas de continuidad son poco frecuentes.

-E4, Pre-loop, aumentan las rupturas, especialmente el cambio de médico, compatible con un posible desplazamiento horizontal de autoridad hacia otro profesional (PEREIRA NETO et al., 2015).

- E5–E6, LOPAS, predomina la interrupción terapéutica, compatible con un posible desplazamiento vertical hacia fuentes extraclínicas.

Si estos estadios correspondieran a una secuencia de progresión, como plantean Prochaska y DiClemente (1983), el *pre-loop* marcaría un momento crítico: la autoridad médica comienza a ser cuestionada, pero aún existe la posibilidad de intervenir antes de la ruptura terapéutica. Sin embargo, esta progresión y su posible reversibilidad requieren estudios longitudinales.

11. Implicaciones para la salud colectiva

El *pre-loop* podría representar una oportunidad para intervenir antes de que se interrumpa el cuidado. Desde la salud colectiva, esto exige ir más allá de la alfabetización digital y la responsabilidad individual, fortaleciendo las condiciones que permiten mantener la confianza y el diálogo entre médicos y pacientes. No se trata de recuperar una autoridad médica incuestionable, sino de crear espacios donde las diferencias puedan discutirse sin poner en riesgo la continuidad asistencial.

En la práctica, contar con un médico conocido y disponer de tiempo suficiente para conversar puede facilitar ese diálogo. También es necesario reducir los tiempos de espera, la rotación profesional y las barreras administrativas, incorporando a las familias y comunidades, reconociendo los saberes locales y promoviendo la comunicación intercultural y la atención oportuna de los problemas de salud mental.

La mediación algorítmica plantea, además, una cuestión política: quién decide qué información sanitaria adquiere mayor visibilidad y credibilidad. Cuando las plataformas priorizan contenidos por su capacidad de generar interacción, se vuelve necesario exigir transparencia, evaluación independiente y rendición de cuentas. En América Latina, las experiencias públicas de inteligencia artificial en atención primaria siguen siendo limitadas (TORRES; WERMELINGER; FERREIRA, 2025), y persisten dificultades para adaptar los modelos comerciales a las directrices clínicas nacionales (COUTO; ALMEIDA, 2026).

12. Límites del modelo y agenda de investigación

El modelo requiere validación. Se basa en dos estudios chilenos, uno unicéntrico, disponibles como preprints y realizados por equipos vinculados. Ninguno midió directamente el reconocimiento de autoridad. Además, su diseño transversal impide establecer si los estadios representan una progresión o distintos perfiles de pacientes.

Entre sus límites teóricos, el modelo supone una autoridad clínica previa que no siempre existe. Tampoco todo cambio de conducta implica desplazamiento, y la personalidad aún no ha sido medida. El modelo debería revisarse si se observaran desplazamientos con vínculos clínicos sólidos o rupturas asistenciales independientes del reconocimiento de autoridad.

La investigación futura debería abordar cuatro aspectos:

- a) Realizar estudios longitudinales y multicéntricos en América Latina.
- b) Desarrollar instrumentos que midan el reconocimiento de autoridad independientemente de la conducta terapéutica.
- c) Incorporar la medición de los rasgos de personalidad.
- d) Distinguir las causas estructurales de las epistémicas en las rupturas asistenciales y validar las dos preguntas propuestas para identificar el pre-loop.

13. Consideraciones finales

La paradoja contemporánea de la autoridad sanitaria radica en que la creciente disponibilidad de conocimiento biomédico no garantiza el reconocimiento de quienes poseen competencia profesional para interpretarlo. El desplazamiento epistémico en salud permite comprender esta tensión al distinguir la legitimidad profesional del reconocimiento efectivo de autoridad y responder las tres preguntas planteadas inicialmente.

Primero, el desplazamiento puede producirse cuando se debilita el vínculo clínico, por discontinuidad profesional, barreras de acceso o discrepancias entre las interpretaciones

del paciente y del médico. Sin embargo, la consulta de fuentes digitales no implica necesariamente una transferencia de autoridad.

Segundo, el vínculo clínico es central para comprender cómo se reconoce la autoridad. Las mediaciones algorítmicas reorganizan la visibilidad de los saberes, pueden amplificar tensiones previas o generar nuevas controversias, pero su influencia depende también de las representaciones de la enfermedad, las relaciones familiares y comunitarias y las condiciones institucionales. La personalidad podría modular estas relaciones.

Tercero, el desplazamiento no implica necesariamente daño y puede expresar autonomía informada. El riesgo aparece cuando las discrepancias no se discuten y comprometen la continuidad asistencial. Desde la salud colectiva, el desafío no es restablecer la obediencia médica, sino fortalecer las condiciones comunicativas, institucionales y sociales que permitan articular el conocimiento especializado con la autonomía y los saberes de las personas.

Contribución del autor

El autor fue responsable de la concepción del ensayo, del análisis e interpretación de los estudios que lo fundamentan, de la redacción del manuscrito y de la aprobación de su versión final.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés.

Financiamiento

Este trabajo no recibió financiamiento específico.

Aspectos éticos

Este ensayo no implicó una nueva recolección de datos con seres humanos. Los estudios empíricos en que se apoya fueron aprobados por los comités ético-científicos correspondientes y contaron con el consentimiento informado de los participantes.

Disponibilidad de datos

El ensayo no utiliza datos nuevos. Los estudios que discute están disponibles en SciELO Preprints (DOI: 10.1590/SciELOPreprints.16354; 10.1590/SciELOPreprints.18478; 10.1590/SciELOPreprints.16378).

Uso de inteligencia artificial

En la preparación de este manuscrito se utilizó una herramienta de inteligencia artificial generativa (Claude, Anthropic) como apoyo para la revisión y edición de la redacción, la organización de las secciones, la búsqueda y verificación de referencias bibliográficas, la adecuación de las citas a las normas ABNT y la traducción del resumen al portugués y al inglés.

La concepción del ensayo, el modelo teórico, la interpretación de los estudios y las conclusiones son del autor, quien revisó y validó todo el contenido y asume plena responsabilidad por él.

Referencias

ALMEIDA-FILHO, N. Metapresencialidad: concepto fundante de una teoría crítica de la salud digital. **Salud Colectiva**, v. 19, e4655, 2023.

AMICHAH-HAMBURGER, Y. et al. When technology meets personality: toward human-centered AI design. **AI & Society**, v. 41, n. 4, p. 3965-3980, 2026. DOI: 10.1007/s00146-025-02720-0.

AMICHAH-HAMBERGER, Y.; VINITZKY, G. Social network use and personality. **Computers in Human Behavior**, v. 26, n. 6, p. 1289-1295, 2010.

AMICHAH-HAMBERGER, Y.; WAINAPEL, G.; FOX, S. "On the Internet no one knows I'm an introvert": extroversion, neuroticism, and Internet interaction. **CyberPsychology & Behavior**, v. 5, n. 2, p. 125-128, 2002. DOI: 10.1089/109493102753770507.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ARRUDA, R. M. et al. Consulting "Dr. Google": how the digital search for internet health information influences doctor-patient relationship. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 7, e00153623, 2025.

AYERS, J. W. et al. Comparing physician and artificial intelligence chatbot responses to patient questions posted to a public social media forum. **JAMA Internal Medicine**, v. 183, n. 6, p. 589-596, 2023. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.1838.

AYO-AJIBOLA, O. et al. Association of primary care access with health-related ChatGPT use: a national cross-sectional survey. **Journal of General Internal Medicine**, v. 41, p. 338-345, 2026.

BERBEN, L. et al. An ecological perspective on medication adherence. **Western Journal of Nursing Research**, v. 34, n. 5, p. 635-653, 2012.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969.

BOURDIEU, P. **Ce que parler veut dire**: l'économie des échanges linguistiques. Paris: Fayard, 1982.

BREILH, J. **Epidemiología crítica**: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARRASCO GARCÍA, M. Á. et al. Loop patológico en salud: cuando la mediación algorítmica desplaza al tratamiento médico. **SciELO Preprints**, 2026a. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.16354. Preprint.

CARRASCO GARCÍA, M. Á. et al. Loop patológico y ruptura de la continuidad del cuidado en atención primaria: un estudio de métodos mixtos en Chile. **SciELO Preprints**, 2026b. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.18478. Preprint.

CARRASCO, M. A. et al. ¿Google versus Doctor? Mediaciones comunicacionales y digitales, confianza médica y adherencia terapéutica en pacientes crónicos de atención primaria en Chile. **SciELO Preprints**, 2026. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.16378. Preprint.

COUTO, F. F. S.; ALMEIDA, C. P. B. Aderência de modelos de inteligência artificial às diretrizes brasileiras para a obesidade na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, e01132026, 2026.

CROCE, M.; MARSILI, N. Misplaced trust in expertise: pseudo-experts and unreliable experts. **Social Epistemology**, v. 39, n. 6, p. 667-682, 2025. DOI: 10.1080/02691728.2025.2491104.

DIMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, n. 14, p. 2101-2107, 2000.

DURANTI, A.; GOODWIN, C. Rethinking context: an introduction. In: DURANTI, A.; GOODWIN, C. (ed.). **Rethinking context: language as an interactive phenomenon**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 1-42.

FESTINGER, L. **A theory of cognitive dissonance**. Stanford: Stanford University Press, 1957.

FOUCAULT, M. **Histoire de la sexualité 1: la volonté de savoir**. Paris: Gallimard, 1976.

FOUCAULT, M. **Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical**. Paris: Presses Universitaires de France, 1963.

FREIDSON, E. **Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge**. New York: Dodd, Mead, 1970.

FUNER, F. The deception of certainty: how non-interpretable machine learning outcomes challenge the epistemic authority of physicians. A deliberative-relational approach. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 25, n. 2, p. 167-178, 2022. DOI: 10.1007/s11019-022-10076-1.

GIDDENS, A. **The consequences of modernity**. Stanford: Stanford University Press, 1990.

GOFFMAN, E. **Frame analysis: an essay on the organization of experience**. New York: Harper & Row, 1974.

GOLDMAN, A. I. Experts: which ones should you trust? **Philosophy and Phenomenological Research**, v. 63, n. 1, p. 85-110, 2001.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003.

HALPERN JELIN, D. M. et al. Autodiagnóstico y búsqueda de información médica online: el caso chileno. **El Profesional de la Información**, v. 24, n. 5, p. 621-629, 2015.

HARDEY, M. Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. **Sociology of Health & Illness**, v. 21, n. 6, p. 820-835, 1999.

HARDWIG, J. Epistemic dependence. **The Journal of Philosophy**, v. 82, n. 7, p. 335-349, 1985.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.

HATHERLEY, J. J. Limits of trust in medical AI. **Journal of Medical Ethics**, v. 46, n. 7, p. 478-481, 2020. DOI: 10.1136/medethics-2019-105935.

HAUG, M. R. Deprofessionalization: an alternate hypothesis for the future. **The Sociological Review Monograph**, n. 20, p. 195-211, 1973.

HERRERA ATTON, [iniciales por confirmar] et al. Determinantes sociales de la adherencia terapéutica en usuarios del programa de salud cardiovascular de atención primaria de salud en Chile. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 49, e133, 2025.

JUST, N.; LATZER, M. Governance by algorithms: reality construction by algorithmic selection on the Internet. **Media, Culture & Society**, v. 39, n. 2, p. 238-258, 2017. DOI: 10.1177/0163443716643157.

LANDRUM, A. R.; VERMA, N.; KEHRBERG, A. Trusting generative AI for health advice: preregistered survey experiment. **Journal of Medical Internet Research**, v. 28, e97882, 2026. DOI: 10.2196/97882.

LATZER, M. The digital trinity: controllable human evolution, implicit everyday religion. **KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie**, v. 74, p. 331-354, 2022. DOI: 10.1007/s11577-022-00841-8.

LAUGESSEN, J.; HASSANEIN, K.; YUAN, Y. The impact of internet health information on patient compliance: a research model and an empirical study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 17, n. 6, e143, 2015.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Cuadernos Médico Sociales**, n. 19, p. 7-25, 1982.

LEVENTHAL, H.; MEYER, D.; NERENZ, D. The common sense representation of illness danger. In: RACHMAN, S. (ed.). **Contributions to medical psychology**. New York: Pergamon Press, 1980. v. 2, p. 7-30.

LIM, H. M. et al. Association between online health information-seeking and medication adherence: a systematic review and meta-analysis. **Digital Health**, v. 8, 2022.

LOPEZ-LOPEZ, E. et al. Generative artificial intelligence-mediated confirmation bias in health information seeking. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1550, n. 1, p. 23-36, 2025. DOI: 10.1111/nyas.15413.

MAINOUS, A. G. et al. Patient trust in the health system, internet information searching and the patient-provider relationship. **Frontiers in Medicine**, v. 12, 2025.

MARTÍN SERRANO, M. **La mediación social**. Madrid: Akal, 1977.

MARTÍN-BARBERO, J. **De los medios a las mediaciones**: comunicación, cultura y hegemonía. Barcelona: Gustavo Gili, 1987.

MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. **Salud Colectiva**, v. 16, e2615, 2020.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILELLA, F.; CABITZA, F. Perceiving AI as an epistemic authority or algorithmy: a user study on the human attribution of authority to AI. **Machine Learning and Knowledge Extraction**, v. 8, n. 2, 36, 2026. DOI: 10.3390/make8020036.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1961.

OROZCO GÓMEZ, G. **Al rescate de los medios**: desafío democrático para los comunicadores. México: Universidad Iberoamericana; Fundación Manuel Buendía, 1994.

PARISER, E. **The filter bubble**: what the Internet is hiding from you. New York: Penguin Press, 2011.

PARRA-GÓMEZ, L. A. et al. Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en América Latina: una revisión de alcance. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, e26, 2023. DOI: 10.26633/RPSP.2023.26.

PEÑA Y LILLO, M. Búsqueda y exposición incidental a información de salud entre adultos en Santiago, Chile: resultados descriptivos de la primera encuesta sobre entornos informativos de salud EIS Chile. **Revista Médica de Chile**, v. 150, n. 5, p. 603-610, 2022.

PEREIRA NETO, A. et al. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 22, supl., p. 1653-1671, 2015. DOI: 10.1590/S0104-59702015000500007.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

QUARESMA COELHO, E.; QUARESMA COELHO, A.; DIAS CARDOSO, J. E. Informações médicas na internet afetam a relação médico-paciente? **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 142-149, 2013.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion**: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

REIS, M.; REIS, F.; KUNDE, W. Influence of believed AI involvement on the perception of digital medical advice. **Nature Medicine**, v. 30, n. 11, p. 3098-3100, 2024. DOI: 10.1038/s41591-024-03180-7.

SANDOVAL, D. et al. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo: resultados de una cohorte del Programa de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. **Revista Médica de Chile**, v. 142, p. 1245-1252, 2014.

SCHRAIBER, L. B. La escalada tecnológica de la práctica médica y los impactos en la relación del médico con su trabajo. **Salud Colectiva**, v. 21, e5762, 2025.

SHEKAR, S. et al. People overtrust AI-generated medical advice despite low accuracy. **NEJM AI**, v. 2, n. 6, AIoa2300015, 2025. DOI: 10.1056/AIoa2300015.

SILVA, L. F. da; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1207-1229, 2011.

SPINELLI, H. Devenir objetos frente a la inteligencia artificial. **Salud Colectiva**, v. 21, e5617, 2025.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STARR, P. **The social transformation of American medicine**. New York: Basic Books, 1982.

TAN, S. S.; GOONAWARDENE, N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 1, e9, 2017. DOI: 10.2196/jmir.5729.

TESTA, M. **Pensar en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.

TORRES, D. R.; WERMELINGER, E. D.; FERREIRA, A. P. Aplicação da inteligência artificial na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo e avaliação crítica. **Saúde em Debate**, v. 49, e10070, 2025.

VAN DIJK, T. A. **Discourse and context: a sociocognitive approach**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes**. New York: W. W. Norton, 1967.

WEAVER, J. B. et al. Healthcare non-adherence decisions and internet health information. **Computers in Human Behavior**, v. 25, n. 6, p. 1373-1380, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003.

ZONDAG, A. G. M. et al. The effect of artificial intelligence on patient-physician trust: cross-sectional vignette study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 26, e50853, 2024. DOI: 10.2196/50853.

ZUBOFF, S. **The age of surveillance capitalism: the fight for a human future at the new frontier of power**. New York: PublicAffairs, 2019.

Abstract

Contested medical authority: epistemic displacement and algorithmic mediation in health

The growing availability of biomedical knowledge does not guarantee recognition of the authority of those with the professional competence to interpret it. This paradox poses new challenges for collective health in societies shaped by digital platforms and artificial intelligence. This essay proposes the concept of epistemic displacement in health to understand

the redistribution of recognized authority from the attending physician to sources outside the clinic. Through a theoretical articulation of the sociology of professions, Latin American collective health, communication theories and studies on algorithmic mediation, it develops a five-domain model: the clinical relationship, algorithmic mediation, sociocultural context, socioeconomic and institutional conditions, and personality as a possible moderator. It argues that illness representations, communicational mediations and the conditions of care shape the legitimacy attributed to different health sources. Epistemic displacement is not necessarily equivalent to misinformation, loss of trust or treatment abandonment. It concludes that the challenge is not to restore medical obedience, but to strengthen the social and institutional conditions that make it possible to recognize, negotiate and share health authority without disregarding people's autonomy.

Keywords: Health authority; Collective health; Algorithmic mediation; Physician-patient relations; Illness representations.

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.