

Símbolos del poder asociados al consumo sanitario

Symbols of power associated with healthcare consumption

Heberto Romeo Priego-Álvarez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9217-5702>

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, México

*Autor para la correspondencia: heberto.priego@ujat.mx

RESUMEN

Introducción: el consumo sanitario trasciende la mera adquisición de servicios médicos para convertirse en un campo complejo donde se manifiestan relaciones de poder, de distinción social y de construcción identitaria.

Objetivo: analizar, desde las perspectivas sociológica, administrativa y mercadológica, cómo los símbolos de poder operan en el ámbito de la salud, configurando jerarquías sociales y estructurando el acceso diferenciado a los servicios sanitarios.

Posición: se examina cómo las instituciones de salud, las marcas (*brands*) y los profesionales médicos funcionan como agentes legitimadores de estatus,

mientras que el paciente-consumidor se mueve dentro de un sistema donde el capital económico, cultural y social determina la calidad y naturaleza de la atención recibida.

Conclusiones: la integración de las tres perspectivas demuestra que una verdadera democratización del acceso sanitario requiere acciones coordinadas: políticas gubernamentales universales, estructuras organizativas que prioricen la equidad sobre los beneficios y cambios culturales que cuestionen la lógica del consumo como mecanismo de distinción social.

Palabras clave: consumo de servicios de salud; marketing de servicios de salud; estatus económico; identidad social.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare consumption goes beyond the mere purchase of medical services, becoming a complex field in which power relations, social distinction, and the construction of identity are manifested.

Objective: To analyze, from sociological, administrative, and marketing perspectives, how symbols of power operate within the healthcare sector, shaping social hierarchies and structuring differential access to healthcare services.

Position: We examine how healthcare institutions, brands, and medical professionals function as agents that legitimize status, whilst the patient-consumer navigates a system in which economic, cultural, and social capital determine the quality and nature of the care received.

Conclusions: The integration of these three perspectives demonstrates that a genuine democratization of healthcare access requires coordinated action: universal government policies, organizational structures that prioritize equity over

profit, and cultural shifts that challenge the logic of consumption as a mechanism of social distinction.

Keywords: health Services; Marketing of Health Services; Economic Status; Social Identity.

Recibido: 12/12/2025

Aceptado: 23/02/2026

Introducción

En las sociedades actuales, el acto de consumir se ha vuelto fundamental en la formación de identidades y en la definición de límites simbólicos entre los diferentes grupos sociales. El sector salud, lejos de estar al margen de esta tendencia, ha emergido como un entorno destacado en el que se manifiestan intrincadas relaciones de poder influidas por el consumo. La salud, históricamente vista como un derecho de todos, ha sufrido una creciente comercialización que la ha convertido en un producto de élite. En este nuevo panorama, la situación financiera no solo afecta el acceso, sino que también condiciona la calidad, la oportunidad de la atención y la reputación de los servicios ofrecidos.

Este ensayo analiza cómo los símbolos del poder influyen en la utilización de servicios de salud a partir de tres perspectivas que se complementan: la sociológica, que ayuda a entender las estructuras de distinción y legitimación social; la administrativa, que revela los mecanismos organizacionales y de gestión que al estratificar sostienen las jerarquías; y la mercadológica, que destaca las

estrategias empleadas para generar valor simbólico en el mercado de la salud (Figura 1).

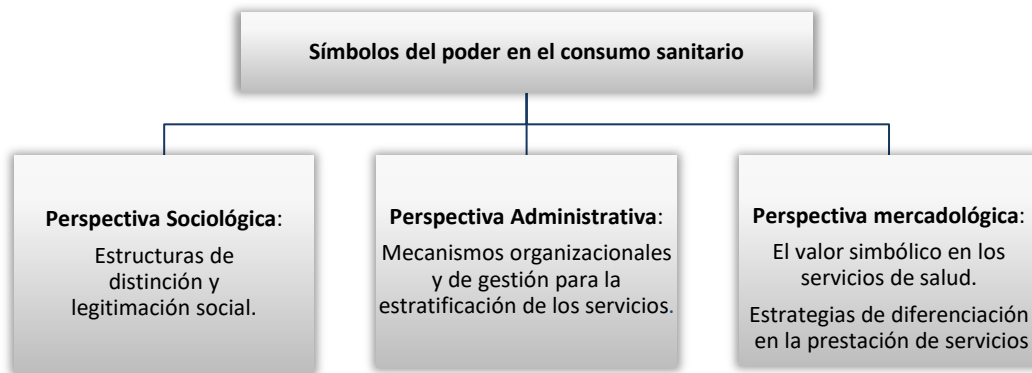


Fig. 1- La triple perspectiva en el análisis de los símbolos del poder asociados al consumo sanitario.

Perspectiva sociológica: consumo sanitario como campo de distinción

Desde la óptica de la sociología del consumo, Pierre Bourdieu ⁽¹⁾ ofrece un marco teórico crucial para comprender cómo el acceso a la atención médica opera como un mecanismo de diferenciación social. En este ámbito, el término capital cultural adquiere una relevancia significativa: las clases privilegiadas no solo disponen de más recursos económicos para acceder a servicios de salud privados de mayor calidad, sino que también poseen el conocimiento, el vocabulario y las redes sociales que les permiten moverse con eficiencia en el sistema de salud.⁽²⁾ Esta habilidad cultural se manifiesta en la capacidad de elegir a médicos de renombre, comprender información médica compleja y solicitar tratamientos personalizados.

La noción de consumo ostentoso (Teoría del Consumo Conspicuo), propuesta por Veblen en 1899,⁽³⁾ toma un nuevo significado en el contexto de la salud. Mientras

que en la era industrial el lujo se manifestaba en bienes visibles como automóviles o joyas, en la sociedad postmoderna la salud se convierte en el bien de consumo último, cuyo valor simbólico radica precisamente en su invisibilidad aparente.⁽⁴⁾ Acudir a clínicas de prestigio, someterse a chequeos preventivos exhaustivos o acceder a tratamientos innovadores no solo busca preservar la salud, sino también comunicar pertenencia a estratos sociales privilegiados. La medicina estética, los programas de *wellness* exclusivos y los seguros médicos premium funcionan como insignias de estatus en sociedades donde el cuerpo saludable y joven se erige como símbolo de éxito.

La medicalización de la vida cotidiana, concepto desarrollado por Foucault⁽⁵⁾ e Illich,⁽⁶⁾ revela cómo el poder médico se extiende más allá de la enfermedad para convertirse en autoridad normativa sobre el cuerpo y el comportamiento.⁽⁷⁾ Investigaciones recientes han demostrado que la medicalización en el contexto estadounidense perpetúa las inequidades en salud al enmarcar problemas sociales y estructurales como patologías individuales que requieren intervención médica.⁽⁸⁾ Los profesionales de la salud detentan un poder simbólico legitimado institucionalmente que les permite clasificar, diagnosticar y prescribir no solo tratamientos, sino estilos de vida.⁽⁹⁾ Este poder se amplifica cuando se articula con lógicas de consumo: el paciente "informado" y "responsable" de las clases medias y altas invierte en su salud como proyecto de optimización personal, mientras que las clases populares enfrentan estigmatización por sus "malos hábitos" y falta de previsión sanitaria.⁽¹⁰⁾

La salud se convierte así en una forma de capital corporal, un recurso que puede acumularse, invertirse y exhibirse.⁽¹¹⁾ Las personas con acceso a servicios sanitarios de calidad pueden mantener sus cuerpos funcionales, estéticos y productivos durante más tiempo, lo que se traduce en ventajas competitivas en el

mercado laboral y en el ámbito social. Esta lógica reproduce un círculo vicioso donde la desigualdad sanitaria genera desigualdad social, y viceversa.⁽¹²⁾

Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud ⁽¹³⁾ confirman que las inequidades en salud continúan acortando vidas desde hace décadas, y que las causas subyacentes de la mala salud son factores ajenos al sector sanitario, como la vivienda de calidad, la educación y las oportunidades laborales. El denominado “biotecnocapitalismo” (nueva forma de crecimiento del capitalismo global) incrementa progresivamente y alarmantemente las desigualdades estructurales que impactan directamente en el acceso a la salud por la concentración económica en unos pocos poderes.⁽¹⁴⁾

Perspectiva administrativa: gestión estratificada de servicios sanitarios

Desde el análisis organizacional y administrativo, el sistema sanitario contemporáneo se estructura como un mercado segmentado, en el que distintos niveles de servicio corresponden a diferentes estratos socioeconómicos. Esta estratificación no es accidental, sino el resultado de decisiones administrativas deliberadas que responden a lógicas de eficiencia económica y de maximización de beneficios en sistemas privatizados, o a la racionalización de recursos escasos en sistemas públicos. En contraste, los servicios públicos, particularmente en situaciones de recursos escasos, se caracterizan por la masificación, los largos tiempos de espera y la despersonalización de la atención, aspectos que comunican implícitamente la menor valía social de sus usuarios.

Los planes de seguro médico funcionan como sistemas de clasificación y organización.⁽¹⁵⁾ Las pólizas de alto nivel brindan acceso ilimitado a médicos de renombre, instalaciones hospitalarias con tecnología avanzada y tratamientos innovadores, mientras que las pólizas básicas o el sistema estatal imponen

limitaciones, requieren autorizaciones previas y restringen el acceso a especialistas. Esta diferencia en la gestión genera desigualdades en las oportunidades de recibir atención médica, donde algunos pacientes gozan de libertad de elección como "clientes", mientras que otros son "beneficiarios" sujetos a la disponibilidad.⁽¹⁶⁾

La tendencia al aumento de la propiedad privada en la atención sanitaria se ha incrementado rápidamente en los entornos sanitarios, lo que suele ir acompañado de efectos negativos: mayores costos para los pacientes o los pagadores⁽¹⁷⁾ y priorización de procedimientos rentables en detrimento de servicios de prevención o atención primaria

La gestión del conocimiento en el sector médico también revela dinámicas de poder. Las instituciones más prestigiosas invierten en investigación, tecnología de punta y capacitación continua, posicionándose como referentes que atraen a los profesionales más sobresalientes. Esta acumulación de talento y tecnología en entornos exclusivos genera desigualdades en la calidad, las cuales, desde un enfoque administrativo, se argumentan como resultado de la "libre competencia" y la "diferenciación en el mercado", y, de esta manera, legitiman las desigualdades estructurales.

La implementación de tecnologías de la información en el sector salud también revela dinámicas de poder administrativo. Los sistemas de registros clínicos electrónicos, la telemedicina y las herramientas de inteligencia artificial requieren inversiones considerables y capacitación especializada, lo que provoca brechas digitales entre instituciones con altos y bajos niveles de recursos.⁽¹⁸⁾ La pasada pandemia de Covid-19 hizo evidente cómo la "brecha digital" (*digital divide*) en el campo de la salud reproduce y agrava las inequidades existentes, donde los pacientes de estratos socioeconómicos más elevados tienen acceso a servicios

digitales avanzados, mientras que las poblaciones marginadas enfrentan barreras tecnológicas adicionales.⁽¹⁹⁾

Perspectiva mercadológica: branding y construcción de valor simbólico

El branding consiste en desarrollar y gestionar la identidad única de una marca, definiendo su misión, principios y carácter, con el objetivo de establecer un vínculo emocional con el consumidor. Su propósito es fomentar la lealtad y la diferenciación dentro del mercado.⁽²⁰⁾

Aunque los indicadores de gestión y las métricas de calidad puedan parecer meramente técnicos y objetivos, también actúan como herramientas de poder. Los hospitales privados pueden seleccionar a pacientes de bajo riesgo, lo que les permite mejorar sus resultados. Por el contrario, los hospitales públicos enfrentan casos más complejos y atienden a poblaciones vulnerables, lo que impacta negativamente en sus indicadores.

Un aspecto fundamental es el empoderamiento del paciente en su rol de consumidor. Hoy en día, los pacientes han dejado de ser receptores pasivos de la atención médica para convertirse en agentes activos de su propio cuidado, exigiendo mayor claridad, personalización y control.⁽²¹⁾ Esta transformación de los pacientes hacia un consumidor bien informado y protagónico ha intensificado la competencia entre las instituciones de salud, llevándolas a adoptar estrategias de marketing más avanzadas, que incluyen la optimización de la experiencia del paciente a través de plataformas digitales y el manejo de opiniones en línea.⁽²²⁾

La industria farmacéutica ilustra de manera brillante cómo se forjan símbolos de poder vinculados al consumo de servicios de salud. Los medicamentos de marca, aunque químicamente equivalentes a sus contrapartes genéricas, mantienen

precios significativamente más elevados al invocar confianza, prestigio y la "calidad asegurada" de laboratorios transnacionales reconocidos. La prescripción de medicamentos de marca se entiende como un signo de acceso a una atención médica de alta calidad, mientras que el uso de genéricos se asocia en el imaginario colectivo con restricciones económicas.

La segmentación del mercado en salud se hace evidente cuando se diseñan servicios específicamente para la élite económica: medicina *concierge* con disponibilidad 24/7 (24 horas al día, 7 días a la semana), turismo médico de lujo, clínicas especializadas en longevidad y en la optimización del rendimiento. Estos servicios no solo ofrecen atención médica, sino también membresías en comunidades exclusivas donde la salud funciona como capital social. La comunicación de marca, en estos casos, evita cuidadosamente la vulgaridad de mencionar precios, reforzando la idea de que "si preguntas cuánto cuesta, no es para tí".

La adopción acelerada de inteligencia artificial (IA) en el sector salud representa otra dimensión del marketing contemporáneo: el 93 % de las organizaciones de salud planean aumentar su inversión en IA para 2025, con un promedio de 10 modelos de IA más en producción que en otros sectores.⁽²³⁾

Las estrategias de marketing digital y el uso de *influencers* en temas de salud han democratizado, aparentemente, el acceso a la información médica, pero simultáneamente han creado nuevas formas de distinción.⁽²⁴⁾ Las clases medias aspiracionales consumen contenidos relacionados con *el biohacking (estrategia de autocuidado para mejorar la salud y el rendimiento físico y mental)*, suplementos nutricionales de alta calidad y procedimientos estéticos no invasivos, y construyen identidades de "individuos responsables de su salud y bienestar" que los diferencian de aquellos que "no invierten en prevención". Esta narrativa de

responsabilidad personal oculta las desigualdades estructurales en el acceso a recursos sanitarios.

Los consumidores actuales cada vez más utilizan plataformas digitales para buscar información y asesoramiento médico, además de investigar productos, tratamientos y servicios relacionados con la salud,⁽²⁵⁾ transformando la toma de decisiones en salud en una experiencia mediada digitalmente que beneficia principalmente a quienes cuentan con mayor capital cultural y tecnológico.

La utilidad simbólica se relaciona con los significados y valores que un producto o servicio de salud representa para el consumidor; está ligada a la imagen, al estatus social, a la identidad personal y a la pertenencia a un grupo.⁽²⁶⁾ Por otra parte, la experiencia del paciente se ha consolidado como un concepto esencial en la mercadotecnia de la salud moderna,⁽²⁷⁾ y su diseño difiere según el segmento del mercado. Para los clientes de nivel premium (propios de los servicios privados de alto costo), cada interacción está cuidadosamente adaptada para promover la satisfacción y la lealtad: desde la facilidad para agendar citas hasta el seguimiento posterior a la consulta. Esta atención personalizada contrasta marcadamente con la burocracia y los largos tiempos de espera que caracterizan a los servicios públicos, lo que pone de manifiesto cómo el sector sanitario mantiene jerarquías sociales en cada encuentro.

La expansión de la telemedicina, prevista con un crecimiento anual del 24% entre 2023 y 2030,⁽²⁸⁾ ha abierto nuevas oportunidades para diferenciar los servicios: las plataformas exclusivas o privadas ofrecen consultas inmediatas con especialistas de alto nivel; en contraste, los servicios del sector público tienen acceso restringido a los especialistas y frecuentes diferimientos en la atención.

Desde la mercadotecnia, las estrategias de branding y de segmentación han sofisticado la construcción de valor simbólico en el mercado sanitario. Los

servicios médicos premium no solo ofrecen atención clínica sino también membresías a comunidades exclusivas donde la salud funciona como capital social distintivo.⁽²⁹⁾ La medicina *concierge*, el turismo médico de lujo y las clínicas de longevidad comercializan el acceso inmediato, la privacidad absoluta y la personalización extrema como bienes posicionales que señalan el estatus socioeconómico.⁽³⁰⁾ Esta economía simbólica transforma la salud, una necesidad básica, en un marcador de éxito y de distinción social.

La revolución digital ha creado nuevas dimensiones de desigualdad sanitaria. La telemedicina, la inteligencia artificial diagnóstica y las aplicaciones de salud móvil ofrecen un potencial democratizador, pero en la práctica reproducen y amplían las brechas existentes.⁽³¹⁾ Las poblaciones con mayor capital digital (p.e., acceso a dispositivos, conectividad confiable, alfabetización tecnológica) capturan los beneficios de la e-salud, mientras que adultos mayores, comunidades rurales y grupos de bajos ingresos enfrentan exclusión digital que se suma a sus desventajas preexistentes.⁽³²⁾ La "brecha digital sanitaria" constituye una frontera emergente de inequidad que requiere intervenciones específicas que vayan más allá de la mera provisión tecnológica.

Las plataformas de redes sociales y los *influencers* de salud han democratizado aparentemente el acceso a información biomédica, pero simultáneamente han proliferado narrativas de "responsabilidad individual" y "autocuidado emprendedor" que confunden, especialmente teniendo en cuenta el potencial de distracción y desinformación que puede darse por el componente lúdico (p.e. Tik Tok).⁽³³⁾ El discurso del *wellness* (bienestar) y la optimización personal convierte la salud en proyecto de consumo continuo (p.e. suplementos, dispositivos de monitoreo, terapias alternativas) accesible principalmente para clases medias aspiracionales, mientras marginaliza a quienes carecen de recursos para estas inversiones identitarias.⁽³⁴⁾

Integración de perspectivas: el consumo sanitario como sistema de poder

Las tres perspectivas examinadas: sociológica, administrativa y mercadológica, convergen en la comprensión del consumo sanitario como un sistema complejo en el que se entrelazan dimensiones simbólicas, estructurales y comerciales para perpetuar y legitimar las desigualdades en salud. Aunque el discurso oficial presenta la salud como un derecho humano fundamental, la práctica contemporánea revela su transformación en un bien posicional que estratifica socialmente, diferencia a las élites, alimenta las aspiraciones de las clases medias y materializa la exclusión de los grupos vulnerables.⁽³⁵⁾

Los símbolos de poder asociados al consumo sanitario operan simultáneamente en múltiples niveles sistémicos (Figura 2). En el nivel macro, se estructuran los sistemas nacionales e internacionales de salud, en los que coexisten subsistemas con marcadas diferencias en accesibilidad, financiamiento y estándares de calidad. La literatura reciente documenta cómo las reformas neoliberales en los sistemas de salud han intensificado la mercantilización, creando arquitecturas institucionales que privilegian la lógica del mercado por encima de los principios de equidad.^(36,37) Esta fragmentación sistémica no es accidental sino resultado de decisiones políticas que reflejan relaciones de poder económico y político, donde los grupos con mayor capacidad de influencia moldean las políticas sanitarias según sus intereses.⁽³⁸⁾

En el nivel meso, las instituciones sanitarias implementan modelos organizativos y estrategias de posicionamiento que materializan y reproducen las jerarquías sociales. Los hospitales privados de élite desarrollan ecosistemas cerrados caracterizados por instalaciones arquitectónicamente diseñadas para comunicar exclusividad, tecnologías médicas de vanguardia presentadas como símbolos de

excelencia, y protocolos de atención personalizados que transforman al paciente en cliente privilegiado.⁽³⁹⁾ Paralelamente, las instituciones públicas enfrentan restricciones presupuestarias crónicas que se traducen en infraestructura deteriorada, equipamiento obsoleto y sobrecarga del personal sanitario, elementos que comunican implícitamente el menor valor social que se les asigna a sus usuarios.⁽⁴⁰⁾ Esta dicotomía institucional no solo refleja desigualdades preexistentes, sino que también las produce y refuerza activamente mediante mecanismos organizacionales cotidianos.

El nivel micro captura las interacciones diarias entre profesionales sanitarios y pacientes, en las que las percepciones sobre la clase social, el origen étnico, el género y el nivel educativo moldean sutilmente tanto la calidad de la atención como el trato interpersonal. Investigaciones etnográficas documentan cómo los pacientes de estratos socioeconómicos bajos experimentan microagresiones, tiempos de consulta reducidos y menor empatía por parte del personal médico, manifestaciones del denominado "racismo médico estructural"⁽⁴¹⁾ y que se extiende a barreras de acceso y otras formas de discriminación e inequidad sanitaria.⁽⁴²⁾ Estos patrones de interacción revelan cómo el poder simbólico permea las relaciones clínicas más básicas, convirtiendo cada encuentro terapéutico en un espacio potencial de desigualdad.

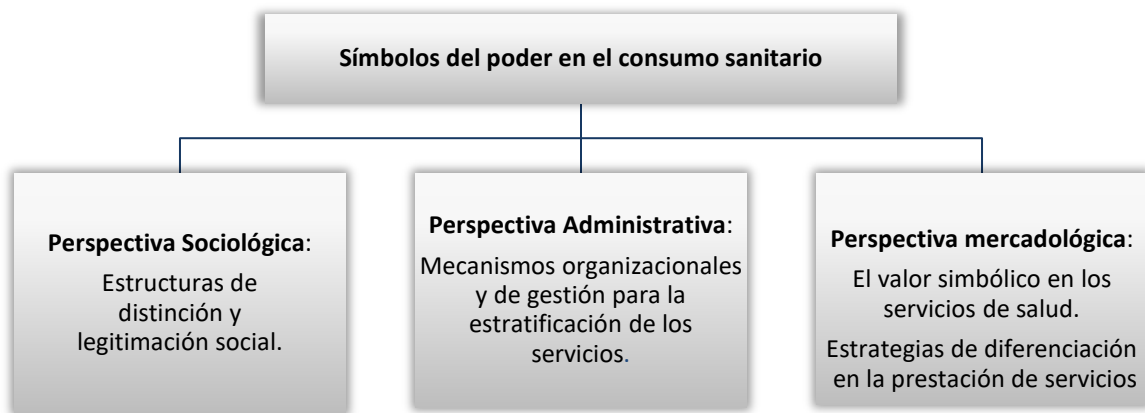


Fig. 2- Niveles de actuación de los símbolos de poder en el consumo sanitario.

El análisis integrado muestra que las desigualdades en el acceso a los servicios de salud operan de manera interseccional, en la que diversos ejes de estratificación social (clase, raza, género, geografía) se entrelazan para generar experiencias diferenciadas de vulnerabilidad y exclusión.⁽⁴³⁾ Las poblaciones rurales, los grupos étnicos minoritarios, las mujeres en situación de pobreza y las personas con discapacidad enfrentan barreras acumulativas que van más allá de lo económico, abarcando también dimensiones culturales, lingüísticas y geográficas.⁽⁴⁴⁾ Este posicionamiento interseccional cuestiona explicaciones monocausales y enfatiza la necesidad de enfoques integrales que reconozcan la complejidad de las desigualdades en el ámbito de la salud.

Desde la perspectiva sociológica, el concepto de "acumulación de desventajas" explica cómo las inequidades en salud se construyen a lo largo del curso de la vida, en el que experiencias tempranas de privación material, educativa y sanitaria generan trayectorias de salud divergentes que se amplían con el tiempo.⁽⁴⁵⁾ El acceso diferenciado en este milenio puede explicarse por una "epistemodiversidad digital", que conlleva una ecología de saberes, en la que los objetos técnicos, los sistemas sociotécnicos, los agentes humanos y los seres transhumanos puedan

coexistir, interactuar y producir cambios sistémicos en el campo de la salud.⁽⁴⁶⁾ Las clases privilegiadas no solo acceden a servicios médicos superiores, sino que poseen las competencias semióticas para interpretar información biomédica compleja, cuestionar diagnósticos y exigir segundas opiniones, prácticas para las que los sectores populares frecuentemente carecen de recursos.

Desde la administración sanitaria, la gobernanza neoliberal ha implementado mecanismos de mercado (competencia, financiamiento basado en resultados, gestión por indicadores) que, paradójicamente, pueden agravar las inequidades. La literatura sobre Nueva Gestión Pública en salud documenta cómo la presión por la eficiencia y la contención de costos fomenta la selección de pacientes "rentables" en sistemas privatizados, mientras que las instituciones públicas asumen casos complejos y poblaciones de alto riesgo, lo que deteriora artificialmente sus indicadores de desempeño.^(47,48) Esta "selección adversa inversa" (aprovechamiento de la contraparte menos informada) institucionaliza la estratificación sanitaria mediante mecanismos técnico-administrativos que parecen neutrales.

El aumento de la inversión de capital financiero en el sector salud ha convertido a hospitales y clínicas en activos de portafolio, priorizando la creación de valor para los accionistas por encima de los objetivos de salud de la población.⁽⁴⁹⁾ Investigaciones sobre fusiones y adquisiciones en hospitales muestran que las concentraciones de mercado disminuyen la competencia, elevan los precios y afectan la accesibilidad para las poblaciones más vulnerables.⁽⁵⁰⁾ Esta financiarización de la salud (entendida como el proceso económico en el que el sector financiero gana predominio sobre la economía real, convirtiendo bienes, servicios y actividades en instrumentos financieros intercambiables) constituye una forma moderna de acumulación que extrae valor económico de las

necesidades humanas más fundamentales, transformando el sufrimiento y la enfermedad en oportunidades de inversión.

La pandemia como revelador de inequidades estructurales

La pandemia de COVID-19 funcionó como un "experimento natural" que puso de manifiesto las inequidades estructurales en los sistemas sanitarios globales. El acceso diferenciado a pruebas diagnósticas, equipos de protección, hospitalizaciones y vacunas se asoció con fracturas profundas estratificadas por clase, raza y geografía.^(51,52) Las poblaciones privilegiadas pudieron refugiarse mediante el teletrabajo, la atención médica privada y la vacunación expedita, mientras que los trabajadores esenciales de bajos ingresos, las comunidades racializadas y los países del Sur Global enfrentaron una exposición desproporcionada, sistemas colapsados y una mortalidad excesiva.⁽⁵³⁾ Las vacunas, mercantilizadas mediante mecanismos de propiedad intelectual restrictivos, se distribuyeron siguiendo lógicas de poder geopolítico y económico que contradijeron retóricas de solidaridad global.⁽⁵⁴⁾

La crisis sanitaria también aceleró tendencias de digitalización y mercantilización ya emergentes. Corporaciones tecnológicas expandieron su influencia en salud mediante aplicaciones de rastreo, telemedicina y análisis de datos masivos, planteando preocupaciones sobre privacidad, vigilancia y concentración de poder informacional.⁽⁵⁵⁾

El debate sobre los sistemas universales de salud ha cobrado nuevo impulso tras la pandemia. La resiliencia de los sistemas universales financiados públicamente y la vulnerabilidad de sistemas fragmentados basados en seguros privados ante la contingencia, hizo evidente la superioridad de los modelos públicos integrados en términos de equidad, eficiencia y resultados poblacionales.⁽⁵⁶⁾ No obstante, estos sistemas se enfrentan a presiones constantes de privatización, austeridad fiscal y

captura corporativa que ponen en riesgo su sostenibilidad y su universalidad. La tensión entre la salud como derecho y como mercancía constituye un campo de conflicto político esencial en las sociedades contemporáneas, con profundas implicaciones para la justicia social y el bienestar colectivo.

Consideraciones finales

El análisis del uso de los servicios de salud desde las perspectivas sociológica, administrativa y mercadológica revela que la salud actúa en las sociedades como un espacio destacado para la manifestación de los símbolos de poder. El acceso desigual a la atención médica no solo refleja las desigualdades socioeconómicas preexistentes, sino que también las intensifica y perpetúa, convirtiendo la salud en un signo de estatus y diferenciación social.

Desde la sociología, se entiende que el consumo de servicios de salud sigue patrones vinculados al capital social y cultural que trascienden lo económico. Las élites no solo tienen la capacidad de costear servicios de mayor calidad, sino también las habilidades necesarias para exigirlos y valorarlos. Desde la perspectiva de la administración, se evidencia que las decisiones organizativas y los enfoques de gestión institucionalizan la estratificación, lo que da lugar a estructuras que perpetúan la desigualdad. Desde el punto de vista de la mercadotecnia (*marketing*), la creación de marcas y la segmentación del mercado convierten la salud en un bien deseado (aspiracional), un objeto que se anhela más que un derecho que deba asegurarse.

Este enfoque triple facilita comprender que una verdadera democratización del acceso a la salud requiere acciones coordinadas en diferentes niveles: estrategias gubernamentales que aseguren el acceso para todos, estructuras organizativas

que prioricen la igualdad por encima de las ganancias, y cambios culturales que cuestionen la lógica del consumo como mecanismo de distinción. Solo de esta manera la salud podrá pasar de ser un símbolo de poder a un derecho verdaderamente universal.

Abordar estas inequidades exige transformaciones coordinadas en diversos niveles: reformas políticas que implementen sistemas universales con financiamiento progresivo, rediseños organizacionales que prioricen la equidad sobre la rentabilidad, y cambios culturales que desmercantilicen la salud y la reposicionen como una responsabilidad colectiva.⁽⁵⁷⁾ Solo a través de este enfoque sistémico que reconozca la intersección de factores estructurales, institucionales y simbólicos, será factible avanzar hacia sistemas sanitarios que materialicen el principio de la salud como un derecho humano universal, en lugar de perpetuar su función como símbolo y mecanismo de distinción social.

El reto actual es concebir y desarrollar servicios de salud en los que la dignidad del cuidado no esté determinada por el nivel económico, donde la medicina de alta calidad sea un recurso accesible para todos y no solo para una minoría privilegiada, y donde la salud no funcione como una barrera simbólica, sino que se convierta en la base de comunidades más justas. Esta iniciativa, que abarca aspectos políticos, administrativos y culturales, se presenta como una de las claves para lograr la equidad social en el siglo veintiuno.

Referencias bibliográficas

1. Bourdieu P. Distinction: A social critique of the judgement of taste. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1984.

2. Abel T, Frohlich KL. Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Soc Sci Med*. 2012;74(2):236-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028>
3. Veblen T. The theory of the leisure class: An economic study of institutions. London: MacMillan; 1899.
4. Williams SJ. Theorising class, health and lifestyles: Can Bourdieu help us? *Sociol Health Illn*. 1995;17(5):577-04. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10932093>
5. Foucault M. The birth of the clinic: An archaeology of medical perception. New York: Pantheon Books; 1973.
6. Illich I. Medical nemesis: The expropriation of health. New York: Pantheon Books; 1976.
7. Conrad P. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 2007.
8. Dyer L, Adler NE. The perils of medicalization for population health and health equity. *Milbank Q*. 2023;101(2):463-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12643>
9. Zola IK. Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev*. 1972;20(4):487-04. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>
10. Scambler G. Health-related stigma. *Sociol Health Illn*. 2009;31(3):441-55. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>

11. Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. J Health Soc Behav. 2005;46(1):51-67. DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
12. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365(9464):1099-104. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
13. Organización Mundial de la Salud. Health inequities are shortening lives by decades Geneva: World Health Organization; 2025 [acceso 09/11/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/06-05-2025-health-inequities-are-shortening-lives-by-decades>
14. UNESCO. Carta de Florianópolis por una ética de la vida, la democracia y los DDHH en ALC. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Florianópolis, Brasil; 7 nov 2025. [acceso 09/11/2025]. Disponible en: [CARTA-DE-FLORIANOPOLIS-REDBIOETICA-UNESCO_NOVIEMBRE-2025-7-11-25-1-1.pdf](https://www.unesco.org/document/carta-de-florianopolis-red-latinoamericana-y-del-caribe-de-bioetica-noviembre-2025)
15. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: Creating value-based competition on results Boston (MA): Harvard Business School Press; 2006 [acceso 09/11/2025]. Disponible en: https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf
16. Priego H. ¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud? Salud Pública Mex. 1995 [acceso 09/11/2025];37(5):381-2. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10637501>
17. Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch JD. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. BMJ. 2023;382:e075244. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>

18. Kruse CS, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. J Telemed Telecare. 2018;24(1):4-12. DOI: <https://doi.org/10.1177/1357633X16674087>
19. Nouri S, Khoong EC, Lyles CR, Karliner L. Addressing equity in telemedicine for chronic disease management during the Covid-19 pandemic [Internet]. NEJM Catal Innov Care Deliv. 2020 [acceso 09/11/2025];1(3). Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0123>
20. Kotler P, Clarke RN. Marketing for health care organizations. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1987.
21. Smith & Jones. 2024 healthcare marketing trends report 2024 [acceso 09/11/2025]. Disponible en: <https://smithandjones.com/ebook/trends/>
22. MedCity News. Telehealth, patient reviews, and retailization – 2024 healthcare digital marketing trends 2024 [acceso 09/11/2025]. Disponible en: <https://medcitynews.com/2024/02/telehealth-patient-reviews-and-retailization-2024-healthcare-digital-marketing-trends/>
23. Cardinal Digital Marketing. 2024 healthcare marketing trends forecast 2024 [acceso 09/11/2025]. Disponible en: <https://www.cardinaldigitalmarketing.com/healthcare-resources/blog/healthcare-marketing-trends-2025/>
24. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
25. eMarketer. The 2025 healthcare consumer 2025 [acceso 09/11/2025]. Disponible en: <https://www.emarketer.com/content/the-2025-healthcare-consumer>

26. Chias J. El mercado son personas: El marketing en las empresas de servicios. Madrid: McGraw-Hill; 1990.
27. Lupton D. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. Soc Sci Med. 1997;45(3):373-81. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00353-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00353-X)
28. Healthcare Success. Healthcare marketing trends in 2024: How to stay ahead 2024 [acceso 09/11/2025]. Disponible en: <https://healthcaresuccess.com/blog/healthcare-marketing/healthcare-marketing-trends-in-2024.html>
29. Clark P, Friedman J, Crosson D, Fadus M. Concierge Medicine: Medical, Legal and Ethical Perspectives The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics. 2010 [acceso 09/11/2025];7(1). Disponible en: <https://scispace.com/pdf/concierge-medicine-medical-legal-and-ethical-perspectives-1jv9b9t2kb.pdf>
30. Almeida PP. Bioética e medicina personalizada no envelhecimento: explorando complexidades. Rev Bioét 2023;31:e3588PT. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-803420233588PT>
31. Cooper Z, Craig SV, Gaynor M, Van Reenen J. The price ain't right? Hospital prices and health spending on the privately insured. Q J Econ. 2023;138(1):51-110. DOI: <https://doi.org/10.1093/qje/qjy020>
32. Sieck CJ, Sheon A, Ancker JS, Castek J, Callahan B, Siefer A. Digital inclusion as a social determinant of health. NPJ Digit Med. 2021;4:52. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00413-8>
33. Agnez LF. Divulgação científica nas redes sociais: desafios para instituições de pesquisa e influenciadores no TikTok. RECIIS 2025;19(4):e4585. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v19iAhead-of-Print.4585>

34. Jenzen O, Erhart M, Lindenberger M, Kahlert D, Pfaff H, Kowalski C. Physicians' acceptance of an online intervention to improve guideline adherence in oncology: Web-based survey study. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e19579. DOI: <https://doi.org/10.2196/19579>
35. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The social determinants of chronic disease. *Am J Prev Med*. 2021;52(1S1):S5-S12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.010>
36. Greer SL, King EJ, Massard da Fonseca E, Peralta-Santos A. Coronavirus politics: The comparative politics and policy of COVID-19. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2022. DOI: <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>
37. Toth F. Classification of healthcare systems: Can we go further? *Health Policy*. 2021;125(6):720-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.003>
38. Béhague DP, Storeng KT. Towards an anthropology of global health politics and policy-making: An introduction to a special issue. *Soc Sci Med*. 2021;285:114282. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114282>
39. Hanefeld J, Mayhew S, Legido-Quigley H, Martineau F, Karanikolos M, Blanchet K, et al. Towards an understanding of resilience: Responding to health systems shocks. *Health Policy Plan*. 2023;33(3):355-67. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx183>
40. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political economy of government responsiveness: Theory and evidence from India. *World Bank Econ Rev*. 2023;37(1):139-60. DOI: <https://doi.org/10.1093/wber/lhac020>
41. Dent RB, Vichare A, Casimir J. Addressing Structural Racism in the Health Workforce. *Med Care* 2021;59:S409-12. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001604>

42. Bazualdo Fiorini E, Contreras Rivera RJ. La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022;6(6):973-98. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3590
43. Bowleg L. Evolving intersectionality within public health: From analysis to action. *Am J Public Health*. 2021;111(1):88-90. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306031>
44. Marmot M, Allen J. Social determinants of health equity. *Am J Public Health*. 2024;104(S4):S517-S19. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
45. Ferraro KF, Schafer MH, Wilkinson LR. Childhood disadvantage and health problems in middle and later life: Early imprints on physical health? *Am Sociol Rev*. 2021;81(1):107-33. DOI: <https://doi.org/10.1177/0003122415619617>
46. Almeida-Filho N, Ayres JRCM. Intersubjetividad y modos de cuidado en salud: sensibilidad eco-etno-social y competencia tecnológica crítica para la calidad-equidad en la salud digital. *Salud Colect* 2025;21:e5763. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2025.5763>
47. Mannion R, Davies H. Culture and health care: Understanding the issues and the evidence. *BMJ Qual Saf*. 2022;31(12):909-13. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015173>
48. Saltman RB, Duran A, Dubois HFW. Governing public hospitals: Recent strategies and the movement toward institutional autonomy Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 [acceso 09/11/2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ac24fb95-6a15-41fa-98c1-9e973ac4b060/content>

49. Horton R. Offline: Medicine and Marx. Lancet. Nov 4, 2017;390(10107):2026. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32805-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32805-2)
50. Petersen A, Schermuly AC. "Democratising" health through digital health technologies: Mapping the political imaginaries animating health futures. Soc Sci Med. 2022;292:114595. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114595>
51. Bambra C, Lynch J, Smith KE. The unequal pandemic: COVID-19 and health inequalities. Bristol: Policy Press; 2021. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1qr6smr>
52. Webb Hooper M, Nápoles AM, Pérez-Stable EJ. COVID-19 and racial/ethnic disparities. JAMA. 2020;323(24):2466-7. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
53. Shadmi E, Chen Y, Dourado I, Faran-Perach I, Furler J, Hangoma P, et al. Health equity and COVID-19: Global perspectives. Int J Equity Health. 2021;19:104. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z>
54. Forman R, Shah S, Jeurissen P, Jit M, Mossialos E. COVID-19 vaccine challenges: What have we learned so far and what remains to be done? Health Policy. 2021;125(5):553-67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.013>
55. Sharon T. From hostile worlds to multiple spheres: towards a normative pragmatics of justice for the Googlization of health. Med Health Care Philos. 2021;24(3):315-27. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10006-7>
56. Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: Lessons from 11 country studies. Lancet. 2021;387(10020):811-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2)
57. Marmot M. Health equity in England: The Marmot review 10 years on [Internet]. London: Institute of Health Equity; 2024 [acceso 09/11/2025].

Disponible en: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on/the-marmot-review-10-years-on-full-report.pdf>

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.