

**Quién decide qué es ciencia: poder profesional y salud.
Paradigmas, poder y resistencia al cambio en los sistemas sanitarios
Who Decides What Counts as Science: Professional Power and Health.
Paradigms, Power, and Resistance to Change in Health Care Systems
Quem Decide o Que é Ciência: Poder Profissional e Saúde.
Paradigmas, poder e resistência à mudança nos sistemas de saúde**

Martínez-Riera, José Ramón  0000-0002-4926-6622
Universidad de Alicante, España. Doctor en Enfermería y Salud Pública
josera.ferranna@gmail.com

Recibido: 1 de febrero de 2026. **Aceptado:** 6 de marzo de 2026.

Esta obra está publicada bajo una licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Reconocimiento-Atribución-NoComercial-Compartir-Igual 
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

Este artículo analiza críticamente cómo los paradigmas científicos dominantes en los sistemas sanitarios definen qué conocimientos se consideran legítimos y quién ostenta la autoridad para producirlos. Desde el marco teórico de los cambios de paradigma, se argumenta que el modelo biomédico positivista ha evolucionado hacia una posición dogmática que limita la integración de enfoques centrados en el cuidado, la participación y la comunidad. Esta hegemonía contribuye a la fragmentación, la deshumanización y la escasa capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios ante necesidades complejas. El trabajo sostiene que la resistencia al cambio paradigmático no responde a la falta de evidencia, sino a dinámicas de poder profesional, y defiende la ampliación del modelo científico como una exigencia de honestidad científica y responsabilidad social.

Palabras clave: Modelos teóricos, Modelo biomédico, Poder, Sistemas de salud, Atención centrada en la persona, Salutogénesis (DeCS).



ABSTRACT

This article critically examines how dominant scientific paradigms in health systems determine which forms of knowledge are considered legitimate and who holds epistemic authority. Drawing on the theory of paradigm shifts, it argues that biomedical positivism has become a dominant dogma that constrains the integration of care-centred, participatory, and community-based approaches. This hegemony contributes to fragmentation, dehumanization, and limited system responsiveness to complex health needs. The article contends that resistance to paradigm change is driven less by lack of evidence than by professional power dynamics, and advocates for expanding the scientific model as a matter of scientific integrity and social responsibility.

Keywords: Models, Theoretical Biomedical Model, Power, Health Systems, Person-centered care, Salutogenesis (MeSH).

RESUMO

Este artigo analisa criticamente como os paradigmas científicos dominantes nos sistemas de saúde definem quais conhecimentos são considerados legítimos e quem detém a autoridade epistemológica. A partir da teoria das mudanças de paradigma, argumenta-se que o positivismo biomédico se consolidou como um dogma que dificulta a integração de abordagens centradas no cuidado, na participação e na comunidade. Essa hegemonia contribui para a fragmentação, a desumanização e a limitada capacidade de resposta dos sistemas de saúde a necessidades complexas. Defende-se que a resistência à mudança paradigmática está mais relacionada a dinâmicas de poder profissional do que à ausência de evidência, sendo necessária a ampliação do modelo científico por razões de integridade científica e responsabilidade social.

Palavras-chave: Modelos teóricos, Modelo biomédico, Poder, Sistemas de saúde, Atenção centrada na pessoa, Salutogénese (DeCS).

«El problema del mundo es que los estúpidos están seguros de todo
y los inteligentes llenos de dudas».

Bertrand Russell

Los modelos científicos y la ceguera paradigmática

La historia de la ciencia no es una sucesión lineal de verdades acumuladas, sino un territorio lleno de certezas provisionales, modelos incompletos y resistencias profundas al cambio. Durante siglos,

**Cuidado
Multidisciplinario
de la Salud BUAP**



la humanidad defendió con convicción teorías que hoy resultan insostenibles: la Tierra como un plano infinito, el universo girando alrededor de nuestro planeta, o la idea de un cosmos estático y eterno. No se trataba de ignorancia, sino de adhesión férrea a un marco explicativo que otorgaba seguridad, identidad y poder a quienes lo sostenían. Solo cuando las anomalías se volvieron demasiado numerosas, demasiado evidentes y demasiado imposibles de ignorar, esos modelos comenzaron a resquebrajarse (Kuhn, 1962).

El tránsito del geocentrismo al heliocentrismo no fue inmediato ni pacífico. Durante décadas —incluso siglos— se prefirió forzar los datos, reinterpretar las observaciones o desacreditar a quienes planteaban dudas, antes que aceptar que el modelo dominante era incapaz de explicar la realidad que pretendía describir. El problema no era la ausencia de evidencias, sino la incapacidad de admitir que el marco conceptual de partida podía estar equivocado. Algo muy similar ocurrió con la defensa de la Tierra plana, hoy resucitada de forma marginal y casi caricaturesca, como recordatorio de que las creencias cómodas pueden sobrevivir incluso a la refutación más contundente. Como explicó Thomas Kuhn, la ciencia opera durante largos periodos bajo “ciencia normal”, en la que se resuelven problemas dentro del paradigma vigente; las anomalías se minimizan o se toleran hasta que alcanzan un umbral crítico que precipita crisis y cambio (Kuhn, 1962).

Este patrón no es exclusivo de la astronomía ni de la física. También se reproduce, con notable intensidad, en el ámbito de la salud. Los sistemas sanitarios contemporáneos siguen organizándose mayoritariamente en torno a un modelo que sitúa a la enfermedad en el centro, a la medicina como eje rector y al conocimiento biomédico positivista como única fuente legítima de verdad científica. Un modelo que, pese a sus innegables aportaciones históricas, muestra de forma cada vez más clara sus límites: fragmentación de la atención, deshumanización de los procesos asistenciales, ineficiencias estructurales y una creciente distancia entre lo que las personas necesitan y lo que los sistemas ofrecen (Engel, 1977; Bolton & Gillett, 2019).

El patogenocentrismo y el medicocentrismo no solo estructuran la práctica clínica, sino que condicionan qué preguntas se consideran científicas, qué metodologías son aceptables y qué resultados merecen ser tomados en serio. Desde esta lógica, cualquier planteamiento que desplace el foco hacia la persona, la familia o la comunidad; que sitúe la salud —y no solo la enfermedad— como eje de intervención; o que incorpore metodologías cualitativas y enfoques participativos, es con frecuencia trivializado, deslegitimado o directamente descartado por “no ser ciencia”. No porque carezca de rigor, sino porque no encaja en el modelo hegemónico (Pyo *et al.*, 2023; Noble & Smith, 2025).

La cuestión, por tanto, no es si existen alternativas viables al modelo sanitario dominante. La evidencia acumulada demuestra que las hay. La verdadera pregunta es otra: ¿por qué, a pesar de las inconsistencias, de los resultados subóptimos y de las evidencias emergentes, se mantiene una resistencia



tan férrea a revisar el paradigma? ¿Por qué se prefiere ignorar las anomalías antes que aceptar que el modelo necesita transformarse? Como ocurre en otros ámbitos de la ciencia, quizá no estemos ante un problema de falta de datos, sino ante una ceguera paradigmática que dificulta imaginar que otra forma de entender y organizar la atención a la salud no solo es posible, sino necesaria (Kuhn, 1962).

El positivismo biomédico como dogma: cuando la ciencia se confunde con creencia

Uno de los rasgos más problemáticos del modelo sanitario dominante no es su base científica, sino su pretensión de exclusividad. El positivismo biomédico, nacido al calor de los grandes avances de la medicina moderna, ha terminado por convertirse no solo en un enfoque metodológico, sino en un marco normativo que define qué es ciencia, quién puede producirla y qué conocimientos merecen ser reconocidos como legítimos. En ese tránsito, la ciencia deja de ser un espacio abierto a la revisión crítica para transformarse en dogma, protegido por jerarquías profesionales, institucionales y culturales (Engel, 1977; Bolton & Gillett, 2019).

Este positivismo se apoya en una visión reduccionista del conocimiento, donde solo aquello que es cuantificable, medible y replicable bajo determinados estándares se considera válido. Las metodologías cualitativas, interpretativas o participativas son toleradas, en el mejor de los casos, como aproximaciones auxiliares; en el peor, son directamente descalificadas por “subjetivas”, “poco rigurosas” o “no científicas”. Se ignora así que muchas de las dimensiones centrales de la salud —el sufrimiento, la experiencia de enfermedad, el cuidado, la relación terapéutica o la vida comunitaria— no pueden comprenderse ni abordarse únicamente desde indicadores biométricos (Pyo *et al.*, 2023; Noble & Smith, 2025).

Sin embargo, esta defensa cerrada del positivismo no responde solo a razones metodológicas. Está profundamente atravesada por factores culturales, morales e históricos que rara vez se reconocen de forma explícita. La medicina occidental se ha desarrollado en un contexto marcado por la influencia de las religiones judeocristianas, que han dejado una huella profunda en la manera de entender el cuerpo, la vida, el dolor, la culpa, la sexualidad y la muerte. Esta herencia moral se ha incorporado al discurso médico como si formara parte natural del conocimiento científico, dificultando la distinción entre evidencia y creencia.

No es casual que determinados debates sanitarios sigan generando una resistencia especialmente intensa, incluso cuando la evidencia científica es sólida y consistente. La interrupción voluntaria del embarazo, la muerte digna, los derechos sexuales y reproductivos, la atención a la diversidad sexual y de género o el reconocimiento pleno de la igualdad y la no discriminación continúan siendo cuestionados desde posiciones que se presentan como científicas, pero que en realidad responden a marcos morales específicos. En estos casos, la ciencia es instrumentalizada para legitimar posturas



éticas particulares, convirtiéndose en una coartada que oculta su verdadero fundamento ideológico (de Londras *et al.*, 2023; Krawutschke *et al.*, 2024).

Un ejemplo paradigmático de esta confusión es la objeción de conciencia. Concebida originalmente como una excepción ética individual, orientada a proteger conflictos morales profundos, ha sido progresivamente institucionalizada hasta convertirse en una barrera estructural de acceso a la atención sanitaria. En la práctica, la objeción deja de ser una protección de la conciencia para transformarse en un mecanismo de poder que permite negar derechos reconocidos legalmente, generar desigualdades territoriales y discriminar a determinadas personas y colectivos. Todo ello bajo el paraguas de una supuesta neutralidad científica que, en realidad, encubre una imposición moral.

Esta deriva dogmática no solo afecta a los derechos de las personas atendidas, sino también al desarrollo del conocimiento en salud. Al blindar un único paradigma como incuestionable, se bloquea la posibilidad de integrar nuevas miradas, de reconocer los límites del modelo vigente y de explorar enfoques complementarios que respondan mejor a la complejidad de las sociedades actuales. Como ya señalara Thomas Kuhn, los paradigmas dominantes tienden a protegerse a sí mismos, ignorando o minimizando las anomalías que no encajan en su marco explicativo, incluso cuando estas se acumulan de forma persistente (Kuhn, 1962).

En el ámbito sanitario, estas anomalías son cada vez más evidentes: sistemas saturados, profesionales estresados, personas insatisfechas, intervenciones técnicamente correctas, pero humanamente fallidas. Frente a esta realidad, el dogma positivista responde con más de lo mismo, más protocolos, más fragmentación, más control, más tecnificación. Se evita así la siguiente pregunta, si el modelo fuera realmente suficiente, ¿por qué los resultados siguen siendo insatisfactorios en términos de equidad, calidad y humanidad?

La resistencia a aceptar otros enfoques científicos —como los que sitúan el cuidado, la relación, la comunidad y la salutogénesis en el centro— no puede entenderse únicamente como un desacuerdo metodológico. Es, en gran medida, una resistencia a perder el monopolio del saber, a compartir el poder simbólico y material que otorga definir qué cuenta como ciencia. En este contexto, disciplinas como la Enfermería, que aportan evidencias desde marcos no hegemónicos, son sistemáticamente infravaloradas, no por falta de rigor, sino por cuestionar el orden establecido (Dall’Ora *et al.*, 2022; Imam *et al.*, 2022). A esta deslegitimación se suma un machismo disciplinar profundamente arraigado, que opera con independencia del sexo de quienes integran cada profesión. La medicina se ha construido históricamente como disciplina hegemónica y masculinizada en términos simbólicos, mientras que la enfermería ha sido asociada a lo femenino, al cuidado y a lo relacional, categorías tradicionalmente devaluadas en la jerarquía del conocimiento científico. Esta lectura sexista del saber legitima intentos de dominio profesional que no solo niegan la autonomía disciplinar enfermera, sino que trivializan



sus aportaciones científicas y refuerzan una relación de subordinación que poco tiene que ver con la evidencia y mucho con la preservación del poder (Royal College of Nursing, 2020; Baduge *et al.*, 2024; Graells-Sans *et al.*, 2025).

Reconocer que el positivismo biomédico ha devenido en dogma no implica negar sus aportaciones ni renunciar a la ciencia. Al contrario, supone recuperar el espíritu crítico que define a la ciencia auténtica, la capacidad de revisar sus propios supuestos, de dialogar con otros saberes y de adaptarse a una realidad cambiante. Solo desde ahí será posible avanzar hacia un modelo sanitario que, sin renunciar a la patogénesis, incorpore de forma honesta y rigurosa otras formas de entender, producir y aplicar conocimiento en salud (World Health Organization, 1986).

El sistema sanitario como reflejo del paradigma dominante: fragmentación, ineficiencia y pérdida de sentido

Los paradigmas científicos no se expresan únicamente en teorías o publicaciones académicas; se materializan, sobre todo, en estructuras organizativas, modelos de gestión y prácticas cotidianas. En el ámbito sanitario, el predominio del modelo biomédico positivista ha dado lugar a sistemas fuertemente orientados a la enfermedad, a la intervención técnica y a la resolución de episodios clínicos aislados, en detrimento de una visión integral, continua, continuada y centrada en las personas. Esta lógica se traduce en organizaciones fragmentadas, altamente especializadas y jerarquizadas, donde cada problema se aborda de manera parcial y descontextualizada, como si pudiera separarse del entorno social, familiar y comunitario en el que se produce (Kringos *et al.*, 2015).

La fragmentación de la atención es uno de los efectos más visibles de este paradigma. La división en servicios, especialidades y diferentes ámbitos de atención, lejos de facilitar la continuidad, suele generar discontinuidades, duplicidades, sobreintervención, pérdida de información relevante y contradicciones. Numerosos estudios han mostrado que los sistemas excesivamente orientados a la especialización tienden a ser menos eficientes y a ofrecer peores resultados en términos de experiencia de las personas atendidas, especialmente en contextos de cronicidad, multimorbilidad y envejecimiento poblacional (Starfield *et al.*, 2005; Rechel *et al.*, 2010). Paradójicamente, cuanto más complejo se vuelve el sistema, más difícil resulta responder a las necesidades reales de quienes lo utilizan.

Esta organización fragmentada no es neutra desde el punto de vista ético ni político. Refleja una jerarquía del saber en la que determinadas profesiones y enfoques ocupan posiciones centrales, mientras otros quedan relegados a funciones subsidiarias. El protagonismo casi exclusivo de la intervención médica y tecnológica desplaza el valor del cuidado, de la relación terapéutica y del acompañamiento, reduciéndolos a tareas invisibles o consideradas de menor relevancia científica. Como consecuencia,



aspectos clave como la prevención, la promoción de la salud, el trabajo comunitario o la coordinación intersectorial reciben menos recursos, menor reconocimiento institucional y escaso desarrollo estratégico (Frenk *et al.*, 2010).

La ineficiencia que se deriva de este modelo no siempre es económica —aunque también—, sino fundamentalmente relacional y humana. La literatura señala de forma consistente que la atención centrada en episodios agudos, desconectada de la biografía y del contexto vital de las personas, contribuye a una menor adherencia terapéutica, a un uso inadecuado de los servicios y a una mayor insatisfacción tanto de las personas atendidas como de profesionales (Coulter & Oldham, 2016; Santana *et al.*, 2018). A ello se suma el creciente desgaste profesional —burnout, pérdida de sentido del trabajo y abandono temprano—, especialmente en sistemas donde la presión asistencial y la burocratización eclipsan el valor del cuidado y la toma de decisiones compartida (Maslach & Leiter, 2016).

Desde la perspectiva de la calidad, el paradigma dominante también muestra límites claros. Aunque ha mejorado la supervivencia en múltiples patologías, no siempre logra resultados satisfactorios en términos de calidad de vida, bienestar percibido o equidad. Las desigualdades sociales en salud persisten —e incluso se amplían— cuando los modelos de atención no integran de manera efectiva los determinantes sociales, morales, culturales y económicos que condicionan la salud de las personas y las comunidades (Marmot *et al.*, 2010; Solar & Irwin, 2010). En este sentido, el énfasis casi exclusivo en la patología individual contribuye a invisibilizar factores estructurales que no pueden resolverse mediante intervenciones clínicas aisladas.

El predominio del modelo biomédico también condiciona la forma en que se evalúa el éxito de los sistemas sanitarios. Los indicadores más utilizados suelen centrarse en actividad, procedimientos, tiempos y resultados clínicos inmediatos, mientras que dimensiones como la experiencia de cuidado, la continuidad, la participación o la humanización ocupan un lugar marginal. Sin embargo, existe evidencia creciente de que estos elementos “intangibles” tienen un impacto directo en los resultados de salud, en la seguridad de las personas y en la sostenibilidad del sistema (Doyle *et al.*, 2013; Aiken *et al.*, 2018). Ignorarlos no es una cuestión técnica, sino una decisión coherente con un paradigma que prioriza lo medible sobre lo significativo.

En este contexto, las dificultades para avanzar hacia modelos más integrales no pueden atribuirse únicamente a problemas de financiación o a déficits de gestión. Responden, en gran medida, a una inercia paradigmática que reproduce estructuras, prácticas y relaciones de poder alineadas con una visión reduccionista de la salud. Mientras el sistema continúe organizado en torno a la enfermedad y a la intervención técnica como núcleo de sentido, cualquier intento de incorporar de forma real el cuidado, la continuidad y la comunidad será percibido como accesorio, costoso o incluso irrelevante desde el punto de vista científico.



Este escenario prepara el terreno para comprender por qué las aportaciones enfermeras — particularmente aquellas basadas en modelos centrados en la persona, la familia y la comunidad— encuentran tantas dificultades para ser plenamente reconocidas e integradas. No se trata solo de introducir nuevas prácticas, sino de cuestionar la arquitectura misma del sistema sanitario, construida a imagen y semejanza de un paradigma que hoy muestra signos claros de agotamiento. A partir de aquí, resulta imprescindible analizar qué ocurre cuando la evidencia producida desde otros marcos científicos desafía esta organización y pone en evidencia sus límites.

Salutogénesis, participación y comunidad: ampliar el modelo sin negar la patogénesis

Uno de los malentendidos más recurrentes cuando se plantean alternativas al modelo biomédico dominante es la falsa dicotomía entre patogénesis y salutogénesis. Desde posiciones defensivas, cualquier intento de desplazar el foco hacia la salud, el bienestar, los activos de salud o los recursos comunitarios, se interpreta como una amenaza a la medicina científica o como una negación de la enfermedad. Sin embargo, la salutogénesis no surge como un rechazo del conocimiento médico, sino como una ampliación necesaria del marco de comprensión del proceso salud-enfermedad, especialmente en sociedades complejas, envejecidas y atravesadas por determinantes sociales y morales persistentes (Antonovsky, 1979).

El enfoque salutogénico, formulado inicialmente por Aaron Antonovsky, propone una pregunta radicalmente distinta a la que guía la patogénesis clásica. En lugar de centrarse exclusivamente en las causas de la enfermedad, interroga por los factores que generan, mantienen y refuerzan la salud, incluso en contextos de adversidad (Antonovsky, 1979). Esta perspectiva no niega la importancia del diagnóstico ni del tratamiento, pero introduce una mirada más amplia que incorpora el sentido de coherencia, los recursos personales y sociales, y la capacidad de las personas y comunidades para afrontar los desafíos vitales. La evidencia acumulada muestra que estos factores influyen de manera significativa en los resultados en salud, la adherencia a los tratamientos y la calidad de vida (Eriksson & Lindström, 2008; Mittelmark *et al.*, 2017).

La incorporación de la salutogénesis al modelo de atención exige, inevitablemente, un desplazamiento del protagonismo exclusivo de la intervención clínica hacia formas de atención más participativas, relacionales y contextualizadas. En este sentido, la comunidad deja de ser un mero escenario geográfico pasivo para convertirse en un contexto de relaciones. Numerosos estudios en salud pública y atención primaria muestran que las intervenciones que integran participación comunitaria, trabajo intersectorial y fortalecimiento de redes sociales logran impactos sostenidos en bienestar, equidad y sostenibilidad del sistema (Rifkin, 2014; O'Mara-Eves *et al.*, 2015). Estos resultados no pueden explicarse únicamente desde la lógica de la patología individual.



La participación no debe entenderse como un complemento ni como una estrategia de bajo coste para suplir carencias del sistema. Es una condición estructural de los modelos de atención centrados en la persona, la familia y la comunidad. Cuando las personas participan en la definición de sus necesidades, en la toma de decisiones y en el diseño de las intervenciones, se incrementa la pertinencia de las respuestas, se refuerza la corresponsabilidad y se mejora la experiencia de cuidado (World Health Organization, 2016). Desde esta perspectiva, la participación no debilita la ciencia; la hace más relevante socialmente.

Este giro resulta especialmente coherente con el enfoque enfermero, que históricamente ha integrado la salud como eje transversal de la atención y ha trabajado en la intersección entre lo individual y lo colectivo. La práctica enfermera en atención primaria y comunitaria ha demostrado que es posible articular cuidados clínicos de alta calidad con intervenciones orientadas a la promoción de la salud, la prevención y el empoderamiento comunitario, sin renunciar al rigor científico (World Health Organization Regional Office for Europe, 2017; Martínez-Riera *et al.*, 2020). Sin embargo, estas prácticas siguen siendo consideradas marginales en sistemas diseñados prioritariamente para responder a la enfermedad aguda.

La resistencia a integrar de forma real la salutogénesis y la participación comunitaria no puede atribuirse a la falta de evidencia. Responde, de nuevo, a una lógica paradigmática que identifica la ciencia con la intervención técnica individual y que percibe cualquier desplazamiento del foco como una pérdida de control. Incorporar la comunidad como espacio de acción sanitaria implica redistribuir poder, reconocer saberes no expertos y aceptar que la salud no se produce exclusivamente en los dispositivos asistenciales (Kickbusch & Gleicher, 2012). Este reconocimiento resulta incómodo para modelos organizados jerárquicamente y centrados en el monopolio profesional del conocimiento.

Desde el punto de vista de la sostenibilidad, la apuesta por la salutogénesis no es una opción ideológica, sino una necesidad estratégica. Los sistemas sanitarios que ignoran los determinantes sociales, la prevención y la promoción de la salud se enfrentan a una demanda creciente que no puede resolverse mediante más tecnología ni más especialización (Marmot, 2015). Invertir en activos para la salud, en recursos comunitarios, en cuidados continuos y en participación no sustituye a la atención clínica, pero reduce la presión innecesaria sobre los servicios y mejora la capacidad de respuesta ante problemas complejos y crónicos.

Aceptar la complementariedad entre patogénesis y salutogénesis supone, en última instancia, revisar el núcleo del modelo de atención. No se trata de añadir nuevos programas sin alterar la estructura, sino de reconocer que la salud es un proceso dinámico, relacional y situado. En ese marco, los cuidados profesionales, la participación comunitaria y la promoción de la salud dejan de ser



elementos periféricos para convertirse en ejes centrales de una ciencia de la salud más completa, más humana y más acorde con las necesidades del presente.

Resistencias al cambio: el miedo a perder el monopolio del saber

Los cambios de paradigma no fracasan por falta de argumentos ni por ausencia de evidencia, sino por la resistencia activa de quienes se benefician del modelo vigente. Thomas Kuhn describió con claridad este fenómeno al señalar que los paradigmas científicos no se abandonan simplemente porque aparezcan anomalías, sino cuando el coste de sostenerlos se vuelve insostenible y emerge una masa crítica capaz de disputar su legitimidad (Kuhn, 1962). En el ámbito sanitario, esa masa crítica existe desde hace tiempo, pero su impacto transformador se ve amortiguado por estructuras de poder sólidamente asentadas.

La resistencia al cambio en los sistemas de salud no es únicamente intelectual; es institucional, profesional y simbólica. Las organizaciones sanitarias reproducen jerarquías que asignan valor desigual a los distintos saberes y profesiones, reforzando un orden que privilegia la intervención médica y tecnológica frente a otras formas de producción de salud. Estas jerarquías no solo determinan quién decide, sino también qué problemas merecen atención, qué soluciones son consideradas legítimas y qué evidencias se incorporan a la práctica y a la política sanitaria (Freidson, 2001; Bourdieu, 2004).

Desde esta lógica, cualquier propuesta que cuestione el núcleo del modelo —ya sea introduciendo enfoques comunitarios, redistribuyendo protagonismos profesionales o ampliando los criterios de evaluación del éxito asistencial— es percibida como una amenaza. No se trata únicamente de proteger la calidad científica, sino de preservar cuotas de poder, estatus y control. La innovación que no altera la arquitectura del sistema suele ser bien recibida; la que interpela sus fundamentos, neutralizada o diluida (Greenhalgh *et al.*, 2004).

Las resistencias se manifiestan de múltiples formas. A veces adoptan un lenguaje técnico, apelando a la prudencia, a la falta de evidencia “suficiente” o a la necesidad de más estudios antes de actuar. En otras ocasiones se expresan como barreras administrativas, retrasos en la implementación o proliferación de proyectos piloto que nunca se consolidan. También se traducen en discursos que minimizan el alcance de las propuestas transformadoras, reduciéndolas a “buenas prácticas” locales sin capacidad de generalización. Estas estrategias no niegan abiertamente el cambio; lo posponen indefinidamente (Willis *et al.*, 2017).

Un elemento central de esta resistencia es el temor a perder el monopolio del saber experto. Incorporar de forma real la participación comunitaria, la toma de decisiones compartida o el liderazgo de otras profesiones implica aceptar que el conocimiento sobre la salud no reside exclusivamente



en un colectivo ni se produce solo en los espacios académicos tradicionales. Supone reconocer saberes situados, experiencias vividas y competencias profesionales que cuestionan la centralidad exclusiva del modelo biomédico (Tronto, 1993). Para estructuras acostumbradas a definir unilateralmente qué cuenta como ciencia, este reconocimiento resulta profundamente incómodo.

La resistencia también opera a nivel identitario. Los paradigmas no solo organizan prácticas; configuran identidades profesionales. Cambiar el modelo implica revisar narrativas históricas sobre qué significa “hacer buena medicina” o “hacer buena ciencia”, y aceptar que esas narrativas pueden ser parciales o insuficientes. Este proceso genera incertidumbre, y la incertidumbre suele gestionarse mediante el refuerzo de certezas previas, incluso cuando estas ya no explican adecuadamente la realidad (Gabbay & Le May, 2011).

En este contexto, la Enfermería y otras disciplinas orientadas al cuidado se convierten en agentes de cambio involuntarios. Sus propuestas no solo aportan soluciones técnicas diferentes, sino que introducen otra forma de entender la relación con las personas, el tiempo del cuidado, el valor de lo cotidiano y el sentido del trabajo sanitario. Precisamente por eso, encuentran resistencias que van más allá del debate científico y que se sitúan en el terreno del poder simbólico y cultural. No se discute únicamente qué funciona mejor, sino quién tiene derecho a definirlo.

A pesar de estas resistencias, la historia de la ciencia muestra que los paradigmas no son eternos. Cuando las anomalías se acumulan, cuando los resultados no satisfacen las expectativas sociales y cuando emergen alternativas capaces de explicar mejor la complejidad del mundo, el cambio se vuelve inevitable (Kuhn, 1962). La cuestión, en el ámbito sanitario, no es si este proceso ocurrirá, sino cuánto sufrimiento innecesario se generará mientras se retrasa. Mantener modelos que ya no responden a las necesidades reales de las personas no es una posición neutral: es una elección con consecuencias éticas, sociales y políticas.

Superar las resistencias al cambio no implica sustituir un dogma por otro, sino abrir el espacio a una ciencia de la salud más plural, reflexiva y honesta consigo misma. Aceptar que el cuidado, la comunidad y la salutogénesis forman parte del núcleo del conocimiento sanitario no debilita la medicina; la sitúa en un marco más amplio y más acorde con los desafíos del presente. El verdadero obstáculo no es la falta de alternativas, sino la dificultad para renunciar a privilegios contruidos como si fueran verdades científicas inmutables.

No es una guerra de modelos, es una cuestión de honestidad científica y responsabilidad social

El recorrido realizado a lo largo de este texto permite afirmar que la persistencia del modelo sanitario dominante no puede explicarse únicamente por su eficacia histórica ni por la solidez de sus fundamentos



científicos iniciales. La resistencia a revisar el paradigma biomédico responde, en gran medida, a inercias epistemológicas, estructuras de poder y lógicas corporativas que dificultan reconocer sus límites y abrirse a enfoques complementarios. Como mostró Kuhn, los paradigmas no caen cuando aparecen evidencias discrepantes, sino cuando se vuelve imposible seguir ignorándolas sin perder legitimidad científica y social (Kuhn, 1962).

La acumulación de anomalías es hoy evidente: fragmentación de la atención, deshumanización, insatisfacción creciente, inequidades persistentes y un progresivo alejamiento entre los sistemas sanitarios y las necesidades reales de personas, familias y comunidades. Frente a esta realidad, las respuestas dominantes han tendido a reforzar el mismo marco que genera el problema, apelando a más control, más tecnificación y más jerarquización. Esta estrategia no solo resulta insuficiente, sino que profundiza la brecha entre ciencia, ética y sociedad.

En este contexto, las aportaciones enfermeras, los enfoques salutogénicos y las experiencias de atención comunitaria no representan una amenaza a la medicina ni a la ciencia, sino una oportunidad de ampliación y maduración del modelo sanitario. Reconocer la centralidad del cuidado, la participación y la comunidad no implica renunciar a la patogénesis ni a la intervención clínica, sino situarlas en un marco más amplio, coherente con la complejidad de los determinantes de la salud y con los valores de equidad, dignidad y justicia social.

Sin embargo, aceptar esta complementariedad exige algo más que ajustes técnicos: requiere renunciar al monopolio del saber y compartir protagonismo en la definición de problemas, soluciones y prioridades. Es aquí donde emergen con claridad las resistencias más profundas. Más allá de otras consideraciones, muchos de los planteamientos analizados ayudan a entender la petición reiterada de un marco estatutario específico y exclusivo para la medicina, una demanda que difícilmente puede justificarse desde criterios de necesidad o pertinencia para el sistema en su conjunto. Lejos de responder a una mejora de la atención, esta reivindicación parece orientada a perpetuar y blindar un estatus de poder, reforzando una posición hegemónica que se resiste a un abordaje integral, integrado e integrador de la salud.

La insistencia en marcos exclusivos pone de manifiesto una negativa implícita —y a veces explícita— a reconocer la interdependencia entre disciplinas y la necesidad de una acción verdaderamente intersectorial. En un sistema sanitario que aspire a responder a problemas complejos, crónicos y socialmente determinados, ningún colectivo profesional puede erigirse como oráculo único de la verdad científica sin empobrecer la respuesta colectiva. La salud no se construye desde compartimentos estancos ni desde privilegios blindados, sino desde la cooperación, el reconocimiento mutuo y la complementariedad de saberes.



La defensa de modelos integrados no es una cuestión ideológica ni corporativa; es una exigencia científica y ética. Persistir en estructuras que jerarquizan el conocimiento en función del estatus profesional, y no de su capacidad para mejorar la vida de las personas, supone traicionar el propio espíritu de la ciencia. Una ciencia de la salud honesta no teme revisarse, no teme compartir poder y no teme reconocer que cuidar, acompañar y promover salud son actos tan científicos como diagnosticar y tratar.

El verdadero debate, por tanto, no es entre medicina y enfermería, ni entre patogénesis y salutogénesis. El debate es entre modelos cerrados que se defienden a sí mismos y modelos abiertos que se ponen al servicio de la sociedad. Elegir los segundos implica aceptar la incomodidad del cambio, pero también la posibilidad de construir sistemas sanitarios más humanos, más justos y más eficaces. La ciencia, cuando es fiel a sí misma, no se blindas, evoluciona.

Referencias

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M. & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study. *BMJ Open*, 8(1), e019189, 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>
- Baduge, M. S. D. S. P., Garth, B., Boyd, L., Ward, K., Joseph, K., Proimos, J. & Teede, H. J. (2024). Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: A review. *eClinical Medicine Part of The Lancet Discovery Science*, 67, 102354. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102354>
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*. Palgrave Macmillan.
- Bourdieu, P. (2004). *Science of science and reflexivity*. University of Chicago Press.
- Coulter, A. & Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Hospital Journal*, 3(2), 114–116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J. & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>
- de Londras, F., Cleeve, A., Rodriguez, M. I., Farrel, A., Furgalska, M. & Lavelanet, A. (2023). The impact of 'conscientious objection' on abortion-related care: Evidence and implications. *Health Policy*, 129, 104716, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104716>



- Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570, 1-18. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. University of Chicago Press.
- Gabbay, J. & Le May, A. (2011). *Practice-based evidence for healthcare: Clinical mindlines*. Routledge.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Imam, A., Obiesie, S., Aluvaala, J., Maina, J. M., Gathara, D. & English, M. (2022). Identifying gaps in global evidence for nurse staffing and patient care outcomes research in low/middle-income countries: an umbrella review. *BMJ Open*, 12(10), e064050, 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064050>
- Kickbusch, I. & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Krawutschke, R., Pastrana, T. & Schmitz, D. (2024). Conscientious objection and barriers to abortion within a specific regional context - an expert interview study. *BMC Med Ethics*, 25, 14, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01007-1>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A. & Saltman, R. B. (Eds.). (2015). *Building primary care in a changing Europe*. World Health Organization-European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
- Marmot, M. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. *The Lancet*, 386(10011), 2442–2444. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- Marmot, M., Atkinson, T., Allen, J., Black, C., Broadfoot, P., Cumberlege, J., Diamond, I., Gilmore, I., Ham, C., Meacher, M. & Mulgan, G. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. The Marmot Review. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
- Martínez-Riera, J. R. et al. (2020). Enfermería comunitaria y promoción de la salud. *Enfermería Clínica*, 30(3), 175–182.



- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2016). Understanding burnout: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The handbook of salutogenesis*. Springer.
- Noble, H. & Smith, J. (2025). Ensuring validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 28(4), 206–208. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2024-104232>
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F. & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 129, 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Pyo, J., Lee, W., Choi, E. Y., Jang, S. G. & Ock, M. (2023). Qualitative research in healthcare: Necessity and Characteristics. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 56(1), 12-20. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.451>
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 2), ii98–ii106. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu076>
- Royal College of Nursing. (2020). *Gender and nursing as a profession: Valuing nurses and paying them their worth*. RCN.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H. & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *BMJ*, 360, k252. <https://doi.org/10.1136/bmj.k252>
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Willis, E., Carryer, J., Harvey, C., Pearson, M. & Henderson, J. (2017). Austerity, new public management and missed nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3102–3110. <https://doi.org/10.1111/jan.13380>
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services* [Reporte del secretariado]. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2017). *Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage* (Human Resources for Health Observer Series No. 18). WHO Regional Office for Europe.