

Joaquín Molina¹

“QUÉ FEO QUE TE ELIJAN POR BARATO”: HONORARIOS MÉDICOS Y DOMINANCIA PROFESIONAL EN EL MERCADO DE CIRUGÍA ESTÉTICA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de las dos últimas décadas del siglo XX, se triplicó la cantidad de cirujanos plásticos registrados en Argentina. Este incremento encontró su expresión paradigmática en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que para fines de la década del noventa contaba con un cirujano plástico cada 9.200 personas, al tiempo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que haya uno cada 150.000 habitantes (Carbajal, 1999: 10). Para el año 2022, el país se ubicó en el 7.º lugar del *ranking* mundial según cantidad de procedimientos estéticos realizados y en el 8.º en lo que refiere a cantidad de cirujanos plásticos (ISAPS, 2023). Según los registros de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora (SACPER), en el año 2023 la entidad contabiliza 1.142 socios; de los cuales, el 54% se concentran en la seccional Buenos Aires (Pérez Rivera & López Ruiz, 2023: 2). Parte del atractivo que ejerce la especialidad para los profesionales médicos argentinos es que las prácticas estéticas son financiadas mediante el pago de bolsillo de los pacientes, permitiéndoles eludir el control ejercido por “terceros” pagadores. Esta situación excepcional coloca a la cirugía estética como un territorio privilegiado para analizar el lugar de las prácticas de valuación y del dinero en una arena “sensible” como es la producción de servicios de salud.

En este trabajo busco mostrar que en el proceso de construcción de los honorarios médicos los cirujanos plásticos de CABA procuran negociar y afirmar la dominancia profesional sobre el conjunto de actores involucrados en la producción (personas carentes de certificación, profesionales de otras especialidades médicas, clínicas y sanatorios, etc.), el consumo (pacientes) y el

financiamiento de los servicios de cirugía estética (empresas de medicina prepaga). Central en esta formulación es la noción de dominancia profesional, entendida como la capacidad de una ocupación para controlar el contenido técnico y ético de su trabajo, las condiciones de ejercicio y la relación con otros actores en la división del trabajo.

Este artículo apela al cruce entre dos líneas teóricas. Por un lado, la sociología de la profesión médica, campo de producciones cuyo principal foco está puesto en analizar las condiciones que llevaron a la consolidación del dominio de los médicos en los sistemas de salud occidentales (Freidson, 1970a, 1970b; Starr, 1982; Wolinsky, 1988) y los desafíos planteados a dicha posición durante el último tercio del siglo XX (Coburn, 2006; Light, 1991; Light & Levine, 1988). Por el otro, recorro a la sociología económica de las valuaciones y del dinero que, distanciándose de la concepción economicista que concibe a los precios como un reflejo del juego entre oferta y demanda, analiza los procesos de atribución de valor como prácticas atravesadas por dimensiones políticas, morales y culturales (Beckert & Aspers, 2011; Helgesson & Muniesa, 2013; Muniesa, 2011; Wilkis, 2018). En la misma línea, procuro establecer un diálogo con aquellas producciones de las ciencias sociales que se han ocupado de analizar las tensiones entre mercado y moral (Almeling, 2007; Zelizer, 1979, 1994), con énfasis en los trabajos sobre el lugar del dinero en la relación médico-paciente (Brown, 2025; Fridman, 2022; Oh, 2013). En este marco, lejos de concebir al mercado y a la medicina como esferas que requieren de una separación para preservar la autoridad médica (Parsons, 1951), este trabajo analiza cómo es que los cirujanos plásticos afirman su dominancia profesional a partir de las prácticas de valuación de los servicios de cirugía estética.

Más allá de sus aportes a la sociología de las profesiones y a la sociología económica, este trabajo contribuye también a los estudios sobre procesos de biomedicalización (Clarke et al., 2010; Rohden, 2008; Rose, 2007). Tomando la cirugía estética en la Ciudad de Buenos Aires como caso paradigmático, el análisis revela que esa dinámica no se reduce a un proyecto individual de consumo libre o de optimización corporal (Edmonds, 2010; Edmonds & Sanabria, 2016; Rohden & Cavalheiro, 2021). Por el contrario, está atravesada por tensiones persistentes en torno a la autoridad profesional, en la cual los especialistas defienden activamente la autonomía de sus prácticas frente a la lógica consumista de los pacientes y a la creciente managerialización del sistema de salud. De este modo, este estudio ilustra la complejidad de los procesos de biomedicalización, en los cuales la optimización corporal no es un fenómeno unidireccional, sino un terreno disputado de jerarquías profesionales, morales y económicas.

Este trabajo se basa en 25 entrevistas en profundidad realizadas a cirujanos plásticos de la Ciudad de Buenos Aires en el período 2018-2019. En cuanto a la composición por sexo, entrevisté a 23 hombres y a 2 mujeres. Los entrevistados promedian los 64 años de edad, lo que da cuenta de una larga

trayectoria y consolidación en el ejercicio de la especialidad. En todos los casos, se trató de profesionales certificados en la especialidad de “Cirugía Plástica, Estética y Reparadora”. Muchos de ellos alternaron la actividad privada con el desempeño en el sector público, logrando alcanzar posiciones jerárquicas en hospitales y entidades científicas. Todas estas características contribuyen a señalar que los testimonios recogidos en las entrevistas en torno a la construcción de los honorarios médicos no son representativos del universo total de cirujanos plásticos. En algunas de las secciones, complemento las entrevistas con materiales provenientes de la cuenta de Instagram de la SACPER y de artículos periodísticos recogidos en los archivos del diario *Crónica* disponibles en la Biblioteca Nacional Mariano Moreno de la Ciudad de Buenos Aires.

Siguiendo la propuesta teórica de Toth (2015) consistente en desglosar la noción de dominancia profesional en varias dimensiones de análisis, este artículo se organiza en tres apartados que dan cuenta de los procesos de valuación de los cirujanos plásticos con relación a diferentes actores del sistema de salud. En la primera sección, examino los conflictos jurisdiccionales (Abbott, 1988) que atraviesa el mercado de cirugía estética y el papel de las valuaciones monetarias en la construcción de fronteras de mercado, destacando la asociación que realizan los cirujanos plásticos entre “precios bajos” e “intrusismo” (Molina, 2025a). En la segunda sección, sitúo a los precios en el marco de la relación médico-paciente, destacando que el control de los especialistas sobre las prácticas de valuación tiene un lugar central en el distanciamiento de la lógica mercantil (Quadagno, 2004; Reeder, 1972) y en la afirmación de la autoridad profesional. Al cierre, describo la expansión contemporánea de los planes de acceso a la cirugía estética por parte de las empresas de medicina prepaga, cuya estandarización de los honorarios y regulación sobre las condiciones de ejercicio suponen una amenaza a la dominancia profesional de los cirujanos plásticos.

PRECIOS BAJO SOSPECHA: “INTRUSISMO” EN CIRUGÍA ESTÉTICA

La cirugía plástica emerge y se institucionaliza en Argentina durante la primera mitad del siglo XX. La formación de las primeras generaciones de cirujanos plásticos tenía lugar en servicios de cirugía general y especialidades afines, carecía de reconocimiento oficial y se desarrollaba de manera asistemática bajo el auspicio de cirujanos de mayor experiencia. A partir de la creación de instancias de formación con reconocimiento oficial en la década del 1970, se establece un programa de enseñanza ordenado que tiene como punto de inicio la residencia en cirugía general y la posterior rotación por distintos establecimientos acreditados en el marco del programa de especialización en cirugía plástica (Molina, 2024a). Dicha regulación adquiere expresión institucional en los estatutos de la SACPER, entidad que nuclea a

cirujanos plásticos de todo el país. Allí se establecen 10 requisitos para ingresar a la categoría de “Miembro titular” de la asociación, destacándose en primer lugar la condición de “Poseer título de especialista otorgado por la SACPER u otras entidades reconocidas por el Ministerio de Salud Nacional y Provinciales con la certificación o la recertificación en Cirugía Plástica actualizada”.

La institucionalización de la educación en cirugía plástica y el establecimiento de criterios formales para ejercer como especialista lejos estuvieron de garantizar un monopolio sobre el conjunto de prácticas que formalmente recaerían sobre su área de *expertise* profesional. Varios motivos concurren a explicar este fenómeno. El primero de ellos es que la ley que rige el ejercicio legal de la medicina (Ley 17.132) no establece la obligación expresa de poseer una certificación específica para realizar prácticas especializadas. El segundo refiere a la poca especificidad del área de intervenciones de la cirugía plástica, lo que conlleva solapamientos con el área de intervención de otras especialidades y a disputas jurisdiccionales en múltiples frentes (Abbott, 1988). El tercer motivo se vincula al atractivo económico de las prácticas estéticas que, al no estar incluidas dentro de la cobertura que brindan las obras sociales, presentan dos ventajas: por un lado, la posibilidad de eludir la carga de trabajo burocrático y los tiempos de espera que impone el cobro de los estipendios por parte de los terceros pagadores; y, por el otro, la flexibilidad que dispone el prestador para establecer el monto de sus honorarios (Molina, 2025b).

Ante este panorama, las asociaciones de cirujanos plásticos argentinos desarrollan campañas en medios de comunicación y redes sociales orientadas a advertir a los potenciales consumidores acerca de los “riesgos” de caer en manos “inexpertas” y de la importancia de operarse con especialistas certificados para acceder a una intervención “segura”. Un análisis de las publicaciones presentes en el perfil de Instagram de la SACPER del período 2018-2023 permite constatar la preeminencia de los posteos que instan a los pacientes a que comprueben las credenciales del profesional consultado y a que no se dejen arrastrar por las estrategias comerciales propias del “intrusismo”. Para ejemplificar este punto, resulta relevante analizar una publicación correspondiente al año 2020. En ella, debajo de la fotografía del rostro de una mujer de gesto dubitativo y rodeada de signos de preguntas, puede leerse la siguiente admonición: “¡Que los precios bajos no te engañen! ¡Elegí seguridad! #ElegiCirujanoPlastico”. Sin abandonar el tono imperativo, en la descripción del posteo se precisa lo siguiente: “La trayectoria, la experiencia, el estudio, la seguridad tenés que valorarlos y tiene su precio. No ahorres en tu seguridad. No te dejes llevar por rifas, promociones, 2x1”. Como puede constatar, la publicación aspira a establecer la dominancia profesional de los cirujanos plásticos certificados con respecto a sus competidores en el mercado de cirugía estética, instalando criterios de valuación que prioricen la formación especializada por encima del atractivo que ejercen los precios “bajos”.

Figura 1 – Advertencia acerca de los precios “bajos” en Instagram de la SACPER



Fuente: SACPER (@sacperargentina) (2020).

En las entrevistas realizadas a los cirujanos plásticos la preocupación en torno al “intrusismo” surgió como un tema recurrente. En línea con las publicaciones antes mencionadas, estos especialistas también enfatizan en los riesgos de guiarse por criterios de valuación puramente monetarios, esgrimiendo una sospecha frente a los prestadores que ofrecen sus servicios a precios que no alcanzan a cubrir los costos básicos de una cirugía estética “segura”. Para entender cabalmente este punto, resulta relevante señalar que la producción de servicios de cirugía estética involucra una pluralidad de actores del sistema de salud (anestesiólogos, instrumentistas y auxiliares de quirófano, clínicas y sanatorios, proveedores de insumos médicos, etc.), cuya participación en el proceso requiere de una retribución económica que incide en el costo final. Buena parte de los entrevistados señalaron que toman como base de referencia los ingresos percibidos por dichos actores para calcular el monto de sus propios honorarios, cuyo peso relativo en el costo total viene a expresar en términos monetarios la jerarquía que los cirujanos plásticos pretenden asumir en la división del trabajo médico. De esta manera, un especialista de 44 años señala que sus honorarios rondan alrededor del 50% del costo total de la operación. Fundamenta esta decisión en su calidad de nodo central entre los pacientes y otros agentes del sistema de salud: “Yo soy el que te consigo al paciente, el que te lo lleva al sanatorio, al anestesiólogo . . . Y cobran muy bien el sanatorio y el anestesiólogo. Entonces, si yo te voy a estar dando de comer a vos, y vos no me das nada. Entonces yo creo que tengo que tener una ecuación más o menos así”.

Partiendo de esa base, los cirujanos plásticos toman una serie de decisiones en torno a la estructura de costos, en la cual queda plasmada

monetariamente la valoración respecto a su consolidación en la profesión y la calidad de los servicios que pretenden proveer. Así lo expresa un cirujano plástico de 54 años: “...uno se fija en la franja que uno está. Es decir, en la etaria en que yo estoy, y en la franja de experiencia. También hay que ver cuánto varía el anestesista que vos tomas. También varía cuánto es el Sanatorio, si es dos estrellas o cuatro estrellas. Entonces, todo eso, de pronto te hacen duplicar el valor de la cirugía”. En términos estratégicos, este conjunto de decisiones viene atada al segmento de mercado y a la afluencia de pacientes que desean conseguir, abriéndose dos escenarios posibles: por un lado, realizar cirugías de bajo costo a pacientes de condición socioeconómica relativamente humilde y obtener un flujo permanente de pacientes; por el otro, realizar cirugías de alto costo orientada a pacientes de condición acomodada y llevar a cabo pocos procedimientos al mes.

Buena parte de los entrevistados identificaron ciertas desventajas en estos dos extremos, en la medida en que “cobrar mucho” torna difícil la sustentabilidad de la empresa médica y “cobrar poco” puede ir en detrimento del reconocimiento a la *expertise* profesional. En su lugar, prefieren situar los precios en un “rango medio”, procurando atraer una clientela de clase media sin tomar el riesgo de desvalorizarse mediante una competencia con precios a la baja. Así lo sintetiza uno de los entrevistados: “...si cobras muy arriba, te caes. Hay mucha oferta. Y si cobras muy bajo, sos un choto. Y hay gente que tiene guita, que no te paga porque piensa que sos malo: ‘¿Qué cobra? ¿Dos mil dólares? Este tipo no sabe nada’. Yo laburo con la clase media”. Según lo señalado, lejos de ser la expresión de un conjunto de productores atomizados que buscan atraer a una masa indiferenciada de compradores, los precios reflejan la posición estructural de los productores y el segmento de mercado en el que buscan competir (Bourdieu, 2003).

Ahora bien, aunque los entrevistados consideran que es legítimo situarse en el segmento de bajo costo, las sospechas emergen cuando el precio ofertado es insuficiente para cubrir los costos mínimos que garanticen una cirugía estética en condiciones seguras. Así lo expresa un especialista porteño de 55 años: “Sé que hay cirujanos que son muy, muy baratos, y yo digo: ‘No sé cómo hace’. O sea, vos sabes que tenés un costo ya básico, que de ahí no podés zafar. Entonces cuando ese costo está abajo de eso, vos decís: ‘No sé, no sé cómo hacen, algo raro hay’”. Por su parte, otro de los entrevistados considera “correcto” cobrar “dos mangos con cincuenta” si “haces las cosas bien: operas en sanatorio, con anestesiólogo”. Sin embargo, el problema se plantea cuando el afán por competir mediante precios “bajos” viene asociado a recortes en la estructura de costos que van en detrimento de la seguridad de los pacientes. Para ejemplificar este punto, refiere al escándalo público protagonizado por Aníbal Lotocki, cirujano argentino carente de especialización que provocó muertes y daños en la salud de mujeres famosas luego de inyectarles sustancias no aprobadas para uso médico:

Te puedo agarrar de los precios baratos, y hace porcentaje de cómo les fue. Te voy a llevar a una cuestión mediática. Esta chica que le habían puesto no sé qué en la cola, el famoso Lotocki. Yo lo escuché una vez al distribuidor del metacrilato, y el tipo fue muy simple: ‘Mira, vos para hacer un glúteo tenés que poner de medio litro, a un litro por glúteo. Si esa gente a mí me compraba el producto, tenía que hablar de alrededor de los cien mil pesos en producto. Esa chica pagó diez mil pesos para hacerse la cola’. Para mí son inescrupulosos. La gente que se somete a esos médicos, y el que los hace. Yo les hago un planteo siempre a mis hijos: ¿vos sabés de alguien que le hicieron una cesárea en un consultorio? Todos van a un sanatorio . . . Nadie pone en riesgo la vida de la madre ni la del bebé, y ¿vos vas a poner en riesgo tu vida por una lipo o por unas lolas? Entonces ahí es donde yo te digo que están los descerebrados, que tienen un túnel de aire en la cabeza, que ‘¿Y cuánto sale eso?’.

A partir del fragmento precedente, podemos extraer dos consideraciones. La primera es que los precios sospechosamente bajos son asociados al “intrusismo”, deviniendo en una señal de mercado que establece una frontera entre los cirujanos certificados que priorizan la salud sobre los costos y los cirujanos irregulares que confieren preeminencia a los bajos costos en detrimento de la producción de servicios de cirugía estética en condiciones seguras. En este marco, el precio deviene en un elemento clave para establecer distinciones técnicas y morales en un mercado de fronteras porosas, reafirmando la dominancia profesional de los cirujanos plásticos certificados con respecto a los productores que procuran atraer la demanda mediante publicidad y ofertas tentadoras. La segunda consideración es la irritación y el desdén que el entrevistado manifiesta al referirse a los pacientes que caen en las trampas del “intrusismo”, estableciendo que en parte son responsables de las consecuencias que padecen por seguir pautas de consumo de mercado en decisiones que conciernen a la salud. En la próxima sección profundizo en este último punto, proponiéndome analizar los desafíos a la dominancia profesional que supone el abordaje de los precios en la consulta médica.

PRECIOS EN DISPUTA: CONSUMISMO EN CIRUGÍA ESTÉTICA

La sociología de las profesiones ha tendido a problematizar la relación entre mercado y profesión médica como un vínculo conflictivo, en el que la presencia del dinero viene a contaminar la relación médico-paciente. Por un lado, el mercado constituye la esfera de expresión por excelencia del interés económico, amenazando el *ethos* de servicio de la profesión médica que debería priorizar el bienestar de los pacientes por encima del rédito pecuniario (Freidson, 1970a; Parsons, 1951; Starr, 1982). Por el otro, las dinámicas de mercado sitúan a los pacientes como consumidores (Henwood et al., 2003; Lupton, 1997; Reeder, 1972), que desafían la autoridad médica comparando precios y ejerciendo su capacidad de elección “votando con los pies” (Hirschman, 1970). Dicha tensión parece acentuarse en el mercado de cirugía estética, donde la ausencia de una patología orgánica o indicación terapéutica tradicional

(aunque a menudo motivada por malestares subjetivos o proyectos de optimización corporal) convierte a los pacientes en clientes y la falta de restricciones estrictas en la indicación quirúrgica transforma a los cirujanos en potenciales comerciantes (Conrad & Leiter, 2004). En este escenario, la biomedicalización amplía y complejiza aún más estas dinámicas (Clarke et al., 2010), al inscribir las intervenciones estéticas en procesos de optimización corporal en que los sujetos asumen responsabilidad activa por la mejora de su apariencia y vitalidad (Rose, 2007). De este modo, se transforma la diada médico-paciente tradicional, convirtiendo al “paciente” en un “usuario” o “consumidor” que, actuando como coproductor de su propio proyecto corporal (Rohden & Cavalheiro, 2021), desafía la dominancia profesional de los cirujanos.

La sociología económica viene a matizar esta lectura regida por la grilla de los “mundos hostiles”, mostrando que lejos de funcionar como un ácido que disuelve los vínculos sociales, el dinero permite a los actores producir, alterar y negociar dichas relaciones (Wilkis, 2018; Zelizer, 1994). En este campo de producciones, pueden identificarse escasos trabajos que exploran a nivel microsociológico el lugar del dinero en el marco de la relación médico-paciente. Entre esas excepciones, cabe mencionar el trabajo de Oh (2013) que analiza cómo pacientes y médicos negocian los pagos en una clínica oftalmológica estadounidense, mostrando que las transacciones monetarias personalizan vínculos y generan alianzas en lugar de corromperlos. Por su parte, Fridman (2022) estudia la fijación de honorarios entre psicoanalistas en Buenos Aires, donde los precios son negociados según las circunstancias del paciente y donde el pago simboliza el compromiso terapéutico. Finalmente, Brown (2025) examina cómo los proveedores de tratamientos de fertilidad en clínicas estadounidenses ajustan su discurso sobre los precios de acuerdo al contexto organizacional donde se desempeñan y el estrato socioeconómico de los pacientes. Siguiendo la vía trazada por estos trabajos, en las páginas que siguen procuro establecer cómo es que los cirujanos plásticos negocian y afirman la dominancia profesional frente a los pacientes mediante prácticas de valuación.

Una primera dimensión de análisis refiere a *quién* asume la responsabilidad de abordar el tópico del precio de la intervención. Con respecto a este punto, una minoría de los entrevistados señaló que delegan esta tarea en el personal administrativo, aduciendo que hablar de los precios “ensucia un poco la relación” (Cirujano plástico, 50 años) y la tendencia a dejarse llevar por consideraciones afectivas ante los pedidos de descuento: “Tengo esa cosa de que si la paciente me dice: ‘Estoy mal, no sé qué y no puedo pagar’, y bueno, me cuesta un poco, me hace un poco de ruido” (Cirujano plástico, 49 años). Sin embargo, la mayoría de los especialistas afirmaron que toman a su cargo esta labor, fundamentando esta decisión en la capacidad del especialista de transparentar y fundamentar técnicamente un precio (Brown, 2025) que varía

según la complejidad que plantea cada caso clínico particular. Así lo expresa uno de los especialistas entrevistados:

Una rinoplastia convencional podés hacerla en cuarenta y cinco minutos, y haces cuatro o cinco maniobras y lo resolviste. O te puede venir un paciente con una nariz ya operada dos o tres veces, y eso requiere un trabajo más complejo que tiene otro valor. . . . Entonces el precio prefiero explicárselo yo. Porque si lo hiciera una tercera persona, entraría a manejar otro tipo de variable. Porque esa persona, ¿quién puede ser? Una secretaria que vos adiestres... Yo así, no he tenido mayores problemas. Explicándole de manera racional.

De esta manera, la comunicación del precio viene indisolublemente ligada a un proceso de cualificación del servicio (Beckert & Musselin, 2013), tarea que no es delegada en el personal administrativo en la medida en que no dispondría de los conocimientos expertos para fundamentar y tornar asequible el valor económico singular de la intervención. Ahora bien, en este proceso de customización del precio según la complejidad, no solo entran en consideración las dificultades técnicas, sino también “psicológicas” del caso. Según emerge de las entrevistas, es habitual que los cirujanos estéticos efectúen un trabajo de categorización de la demanda, con el objeto de identificar a los candidatos potencialmente conflictivos (Le Hénaff, 2013; Molina, 2024b; Pitts-Taylor, 2007). Sobre este punto, varios especialistas establecieron una distinción según el género del paciente al afirmar que los hombres suelen ser candidatos problemáticos debido a que experimentan un mayor temor a la cirugía. Lo interesante es que uno de estos entrevistados traduce monetariamente dicha discriminación por género, con la pretensión de ver compensado el tiempo de atención que exige la demanda masculina:

Los hombres son malos pacientes. Yo a un hombre le cobro el doble. Y me causa problemas, porque generalmente lo recomienda una mujer. . . . Entonces empieza mi *speech*: “¿Querés que te explique por qué? Vos vas a venir siete veces a preguntarme lo mismo antes de operarte. Cada vez que vengas, va a ser una hora. En el supuesto caso, rarísimo que puedas vencer todos tus temores de hombre y someterte a una cirugía, me vas a exigir el mejor resultado en la mitad de tiempo y sin que se note. Si yo no tengo que cobrar el doble por todo eso, soy un boludo”.

Además del género, la condición socioeconómica emerge como un elemento de relevancia del proceso de categorización de los candidatos. Más allá de que algunos de los entrevistados mencionan el caso de colegas que diferencian las tarifas según marcadores externos que indican la capacidad de pago de los pacientes (“cobrar según la cara”), lo verdaderamente interesante de los relatos refiere a las actitudes frente a la autoridad médica que vienen asociadas a la clase social de los candidatos. La comparación que uno de los entrevistados realiza entre pacientes públicos de condición humilde y privados

de sectores acomodados ilustran a la perfección este punto: “El paciente pobre es culturalmente distinto y el médico es un dios. Y cuando el paciente tiene mucho dinero, es un contrato el que se está haciendo” (Cirujano plástico, CABA, 63 años). De esta manera, mientras los pacientes de sectores bajos aparecen asociados al modelo paternalista, aquellos que provienen de clases altas se posicionan como consumidores de servicios de cirugía estética.

Esta sociología nativa de la demanda adquiere mayor complejidad en el análisis que efectúa otro de los especialistas, al introducir el “nivel cultural” como criterio de distinción al interior del universo de los pacientes de las clases superiores. Así, mientras que los pacientes “intelectualmente muy altos” entienden el alcance de la cirugía desde “el punto de vista técnico” y son “predictibles”, los de “poder adquisitivo alto” pero sin “nivel intelectual” suelen asumir una actitud prepotente ante la autoridad médica. En palabras de este cirujano, “esta gente” viene “atropellando”, “deja el auto estacionado en doble fila” y no muestra ningún respeto hacia las indicaciones básicas del especialista: “Como la que le conté, que me decía ‘Yo me voy a operar mañana’. ‘Pero, escúcheme, los análisis...’. ‘No, pero ¿qué puedo tener yo?’”.

La prepotencia consumista de las clases acomodadas se expresa en una práctica que, si bien no es exclusiva de estos sectores, viene a colocar en el centro del análisis la relación entre valuación y dominancia profesional: el regateo. En su estudio sobre las prácticas de valuación de los psicoanalistas de la ciudad de Buenos Aires, Fridman (2018) señala que a diferencia de la economía de bazar donde la ausencia de precios definidos lleva a una competencia entre oferta y demanda orientada a maximizar las ventajas económicas, “la economía moral que regula la relación entre paciente y analista dicta que el comprador pague lo más que pueda y el vendedor cobre lo menos que pueda” (Fridman, 2018: 135). La búsqueda de un precio acorde a las circunstancias económicas de los pacientes no está del todo ausente en las prácticas de valuación de los cirujanos plásticos, sobre todo cuando se trata de un caso de necesidad médica que afecta a candidatos de bajos recursos: “... el caso de la cirugía reconstructiva es más controlado, porque es gente más humilde, con menores recursos. Entonces yo no le haría vender un auto o un departamento a una persona para pagar los honorarios de una cirugía de un bebé” (Cirujano plástico, 50 años). Esta mayor flexibilidad en la cirugía reconstructiva responde a su carácter de acto médico prioritario y terapéutico (orientado a restaurar función y forma alteradas por patología, trauma o malformación), en contraste con la cirugía estética electiva que se entiende como una práctica voluntaria de optimización corporal (Clarke et al., 2010; Rose, 2007). En este marco, la postura cambia diametralmente de registro cuando se trata de pacientes de clases acomodadas que regatean el precio de una cirugía estética:

A la gente de elite no la quiero. Es gente que por ahí les digo “Esto sale diez”. “Ay, pero vos sabes que fui a verlo a Dante, a Raúl y me cobra nueve con treinta. Vos no me...”. “Y anda a verlo a Dante y a Raúl” . . . Entonces me dedico a lo mío. “¿Me querés pagar esto?” “Bien” “¿No me lo querés pagar?” “Anda y busca. Hay más baratos”. Hay una frase que mandan mucho por ahí: “Qué feo que te elijan por barato”.

En este pasaje, el entrevistado refiere a una situación hipotética en el que un paciente asume el papel de consumidor, buscando una rebaja en el precio del servicio mediante la referencia a los costos más bajos ofertados por otros prestadores y formulando una amenaza velada de “votar con los pies” (Hirschman, 1970). Ante esta propuesta, el cirujano no se comporta como un actor económico dispuesto a negociar un acuerdo satisfactorio para las dos partes, sino que muestra una intransigencia cargada de desprecio ante una práctica que percibe como una ofensa a la autoridad médica. En este marco, la frase de cierre (“Qué feo que te elijan por barato”) puede leerse como rechazo a un orden de mercado (Boltanski & Thévenot, 2006) en el que los productores son nivelados bajo el rasero de una escala monetaria, no pudiendo diferenciarse de otra manera que apelando a los precios bajos. Otro de los entrevistados expresa la misma postura, replicando la inflexibilidad ante el pedido de descuento de los pacientes. La novedad de esta entrevista es que ubica los honorarios médicos como una instancia clave en la afirmación de la autoridad médica:

Te regatean: “Fui a ver a fulano y si usted me cobra lo mismo, yo me opero con usted”. Pero eso es lo que te da la seguridad de los años. Por ahí un chico joven lo agarra porque necesita trabajar, está casado, tiene un hijo. Y es lo peor que podés hacer. Porque el paciente ahí ya te manejó a vos, y ya perdiste el respeto del paciente. Ya ahora, operar una más, una menos, ya no me cambia más. Yo tengo sesenta y cuatro años. Entonces les digo: “Yo, mis honorarios, no los descuento. En mis manos, es lo que sale”.

La primera cuestión que surge de este pasaje es que la capacidad de negociación de los honorarios se encuentra ligada al grado de consolidación de la carrera de los cirujanos plásticos. De esta manera, mientras que los cirujanos de larga trayectoria disponen de una clientela numerosa que los coloca en posición de defender el valor de su trabajo, aquellos que están dando sus primeros pasos en la especialidad se ven en la tentación de transigir para sobrevivir. Sin embargo, las palabras del entrevistado dejan trasuntar que lo que está en juego en el regateo no es solo un precio, sino una disputa de autoridad en el marco de la relación médico-paciente. Tal es así que cuando este cirujano desaconseja acceder a los pedidos de descuento, no lo hace atendiendo a la pérdida de dinero, sino a la pérdida de “respeto”. Desde esta perspectiva, ceder en el precio constituiría una instancia de abdicación de la autoridad médica ante el paciente, cuyo reconocimiento en su capacidad de conducirse en calidad de consumidor soberano con respecto al

precio amenaza con subvertir el balance de poder en el resto de las decisiones concernientes a la terapéutica quirúrgica.

Vimos en esta sección que las prácticas de valuación de los cirujanos plásticos argentinos reflejan una tarea de singularización de sus servicios que sigue una pauta de evaluación del caso por caso, en la que entran en consideración aspectos tales como la complejidad técnica, el género y la condición socioeconómica de los pacientes. La tarea de transmitir el precio es asumida mayoritariamente por los propios cirujanos plásticos, permitiéndoles brindar un fundamento experto al valor económico de la intervención. Este proceso no está exento de tensiones, ya que el regateo de algunos pacientes provoca una reacción intransigente orientada a reafirmar la dominancia profesional. En la próxima sección, veremos que más allá de la diada médico-paciente, se cierne un “tercer pagador” cuyo peso creciente viene a amenazar la dominancia profesional de los cirujanos estéticos liberales en el mercado argentino de cirugía estética: las empresas de medicina prepaga.

DOMINANCIA BAJO ASEDIO: LA EXPANSIÓN DE LAS PREPAGAS

Uno de los aspectos centrales de la dominancia médica, tal como ha sido definida por la sociología de las profesiones, es la autonomía entendida como la capacidad de ejercer un control sobre los contenidos de su propio trabajo tanto en términos técnicos como éticos (Freidson, 1970a, 1970b). Dicha posición se consolidó en las primeras décadas del siglo XX, durante las cuales la profesión médica se afirmó como una ocupación poderosa y prestigiosa, con capacidad de modelar la estructura organizativa y financiera de la atención médica (Belmartino, 2010; Starr, 1982). En las últimas décadas del siglo, la dominancia comenzó a erosionarse debido a los crecientes controles sobre la práctica médica ejercidos por agencias estatales y aseguradoras de salud con el objeto de reducir los costos de atención (Light, 1991; Mechanic, 2004). En este marco, la transacción entre médicos y pacientes se complejizó, introduciéndose una serie de actores que vinieron a establecer regulaciones sobre los honorarios, las prácticas de prescripción y la organización misma de los servicios, desplazando el poder de la profesión hacia complejos hospitalarios, empresas de seguro y gestores administrativos (Belmartino, 2010; Starr, 1982; Tousijn, 2002).

Ante este panorama, la cirugía estética mantuvo una posición excepcional por constituir un conjunto de prácticas que al no estar cubierta por las obras sociales y contar con una escasa presencia en el medio hospitalario permitió a los especialistas sostener un elevado margen de autonomía. Sin embargo, en las últimas décadas, estas condiciones comenzaron a cambiar: “La cirugía estética tiene su faz comercial, porque en un momento llega a ser prácticamente la única especialidad que se hacía en privado. . . . Pero hoy en día, ya no es así. Hoy en día se transforma, no en el negocio privado de los

cirujanos plásticos, sino de ciertas prepagas”. Con estas palabras, un especialista de 64 años sintetiza una transformación central del mercado contemporáneo de cirugía estética argentino: el creciente peso de un “tercer” pagador en una arena en la que predominaba el financiamiento directo mediante el pago de “bolsillo” de los pacientes. En esta sección analizo dicho proceso mostrando que, al tiempo que amplió la clientela al tornar financieramente accesibles estas prácticas, la expansión de los planes de cirugía estética de las empresas de medicina prepaga supone una amenaza a la dominancia profesional.

Durante la primera mitad del siglo XX, en un contexto caracterizado por la acuciante necesidad de legitimar prácticas aparentemente despojadas de finalidad terapéutica, los precursores de la especialidad enfatizaron en la necesidad de garantizar el acceso económico a estas prácticas en los hospitales públicos y aspiraron a establecer una regulación moral de los honorarios de acuerdo con la capacidad de pago de los pacientes (Molina, 2025b). En el último tercio del siglo XX persistiría este afán democratizador. Para dar un solo ejemplo, puede constatarse que, en los años 1978, 1980 y 2000 el diario *Clarín* publica tres notas que llevan encabezados con ligeras variantes: “Cirugía plástica al alcance de todos” (1978: 2); “La cirugía plástica al alcance de todos” (1980: 5) y “Cirugías al alcance de todos” (2000: 12).

El aspecto novedoso reside, sin embargo, en el mecanismo de acceso que promueven públicamente algunos especialistas durante este período: los planes de financiación en cuotas de la cirugía estética. En línea con ello, entre fines de la década del 1970 y mediados de los 1990, aparecen varias notas que dan cuenta de la proliferación de esa nueva modalidad. La primera de ellas corresponde a enero de 1978 y fue publicada en el diario *La Nación* bajo el título de “Cirugía estética en cuotas accesibles”. Allí, el cirujano Eduardo Ramón de los Ríos, creador del centro médico “Organización de Estética Financiada”, señala que precedentemente “el alto costo de este tipo de cirugías... la hacía accesible sólo a un grupo reducido” (Cirugía estética en cuotas accesibles, 1978: 15). Sin embargo, a partir del “sistema de pago gradual” implementado en su clínica que permite financiar la cirugía “en tres, cinco o diez cuotas mensuales” y operarse una vez cubierto el 50% del monto total, estas intervenciones se hacen accesibles para el “común de la gente” (Cirugía estética en cuotas accesibles, 1978: 16). Dos años después, *Diario Popular* daría cuenta de la creciente accesibilidad a estas prácticas trazando un paralelismo con la difusión del automóvil mediante el crédito: “Así como un automóvil antes era un bien de persona adinerada y hoy se ha popularizado por los largos plazos, la cirugía estética está al alcance de cualquier persona interesada o necesitada de ella . . . Existen clínicas especializadas que facilitan el pago en cuotas” (Cirugía estética al alcance de todos, 1980: 7).

A la misma analogía apelaría la periodista Marcela Goldin, en una nota publicada en la revista *Noticias* el 17 abril de 1994. Bajo el título “Tan fácil

como comprar un auto”, se insertan fragmentos de una entrevista a Tamara Di Tella, propietaria de un instituto de estética y creadora de “un nuevo sistema de pagos para estos rubros”: el “pago en cuotas” y lo que esta mujer llama el “equivalente funcional” a un “plan de ahorro previo”. Según describe Di Tella, este sistema consiste en que las pacientes financien su cirugía en cuotas, pudiendo reservar quirófano y cirujano a partir del pago de la primera entrega. Este compromiso inicial opera, a criterio de la entrevistada, como un poderoso estímulo para que las pacientes finalicen su plan de pago (Tan fácil como comprar un auto, 1994: 16). Un año después, haciendo un balance acerca de la eficacia de esta modalidad, la propietaria de la clínica diría lo siguiente: “Desde que implementamos este método, hace un año, los resultados son notables: hasta una empleada pública tiene la posibilidad de realizarse una cirugía estética sin tanto sacrificio económico. Es una forma de democratizar un producto que hasta ahora era un privilegio de pocos” (Plan de ahorro previo, 1995: 48).

A fines de la década del 1990 se introduciría una nueva modalidad de acceso a las cirugías estéticas que correría por cuenta de las empresas de medicina prepaga. Con el objetivo de atraer afiliados y diferenciarse en un mercado competitivo, estas entidades comenzaron a ofrecer algunos planes de salud que bonifican (parcial o totalmente) determinados procedimientos estéticos una vez transcurrido un período de carencia que oscila entre uno y tres años. Según un especialista porteño de 72 años, este mecanismo “acercó mucho la cirugía estética a la población”. En su caso particular, ingresó a la cartilla de una prepaga cuando recién comenzaba a gestarse esta reconfiguración del sistema de financiamiento. En la entrevista señaló que esta decisión no fue muy bien acogida por muchos de sus colegas: “a los que entramos en un primer momento en ese plan, nos cuestionaban, que estábamos matando la gallina de los huevos de oro”. Para entender el sentido cabal de esta última expresión, resulta relevante analizar el posicionamiento crítico que esgrimieron la mayoría de los entrevistados frente a las entidades de medicina prepaga.

Una primera dimensión crítica reside en el establecimiento de tarifas reguladas y estandarizadas por parte de las empresas de medicina prepaga, que diluyen la singularidad (Karpik, 2010) de los cirujanos plásticos al integrarlos en una escala de valores homogénea. De esta manera, apelando a una analogía con el mundo artístico, uno de los entrevistados señala lo siguiente: “La estética antes, no tenía precio. La gente cobraba o te pasaban un presupuesto y cada uno... Es un arte. Como un pintor. Un pintor no puede tener un precio”. Esta apelación al orden artístico (el cirujano plástico como creador singular que esculpe cuerpos únicos) es recurrente en el campo y funciona como estrategia de rechazo a la homogeneización impuesta por el mercado (Karpik, 2010). De esta manera, los cirujanos (en particular los más consolidados) se posicionan como profesionales irreductibles a una escala moneta-

ria homogénea, reafirmando la singularidad de su quehacer frente a la desingularización impuesta por las empresas de medicina prepaga. Por otro lado, a esta desingularización de los especialistas, viene a sumarse una percepción acerca de que los honorarios son irrisorios en relación con los ingresos pasibles de obtenerse en la práctica privada e implican una falta de reconocimiento hacia sus prácticas médicas. Uno de los entrevistados refiere a este punto, destacando que otros miembros del equipo quirúrgico reciben mayor remuneración, pese a la responsabilidad vital que recae sobre el cirujano: “Gana más en una cirugía el anestesta que el cirujano plástico con esos Planes. Han bajado una cirugía estética que te pagan seis mil pesos para el equipo. Vos decís: ‘¿Cómo seis mil pesos?’. Donde vos tenés el paciente dormido, que se te puede morir...” (Cirujano plástico, 48 años).

Además de la pérdida de autonomía económica, varios de los entrevistados describieron el impacto de las regulaciones ejercidas por las entidades de medicina prepaga sobre la capacidad de los profesionales de ejercer un control sobre los contenidos de su propio trabajo. En este marco, si bajo la lógica del pago de “bolsillo” los cirujanos estéticos lidian con la lógica consumista de los clientes, la introducción de un “tercer” pagador introduce criterios de eficiencia y de control de costos que vienen a irrumpir en la relación médico-paciente poniendo límites a las posibilidades de desplegar una atención personalizada y de ejercer la libertad de prescripción (Mechanic, 2004; Tousijn, 2002). Un cirujano plástico de 70 años de edad marca este desplazamiento del coloquio singular a la managerialización de los vínculos, señalando que la introducción de las prepagas implica que el “médico” devenga en “prestador” y el “paciente” en “afiliado”. Ejemplifica este punto de la siguiente manera: “Si yo me preocupo mucho por mi paciente y le digo: ‘Hágase estos estudios’, la Prepaga me llama y me dice: ‘Pero doctor, usted le está pidiendo muchos estudios. No figura más en nuestra cartilla’. Entonces, ¿quién se animaría a atender bien a una persona si a vos te echan de la cartilla y no lo vas a atender más?”.

Por su parte, otro entrevistado de 59 años hace extensiva esta disminución de la autonomía para hacer referencia a la capacidad de organizar las condiciones y el tiempo de trabajo. Defensor a ultranza de su carrera como cirujano liberal y crítico sin concesiones de la medicina prepaga (“el día en que mi economía dependa de OSDE, prefiero tener un maxiquiosco”), dice pertenecer a la última generación de especialistas que lograron eludir la dependencia económica con respecto a dichas entidades: “Yo lo que te puedo decir es que me subí al furgón de cola de la cirugía privada . . . Los que vinieron atrás mío están todos metidos en la prepaga, y no pueden salir. . . . Te lo dicen ellos: ‘Yo, si renuncio a OSDE, no puedo pagar las cuentas’”. En este marco, describe el compromiso con las prepagas como una suerte de trampa, que en los primeros años genera una afluencia de pacientes, pero que a la

larga genera una pérdida de autonomía (“te empiezan a regular, a auditar”) y de clientela privada:

El quinto año, estás fregado. Porque lo único que tenés en el consultorio es pacientes de la prepaga. Por lo cual, no te podés ir. Porque todo lo demás, lo perdiste. Porque el tipo que viene a pagarte una consulta no puede estar en número veinte esperando. Todos llegan con el carnecito, y el tipo viene y tiene que poner dos lucas, y se siente un pelotudo. Entonces no viene más.

Por su parte, el entrevistado se autodefine como un “millonario, sin guita”. Con esta expresión procura dejar sentado que su fortuna en el ejercicio liberal de la profesión no reside en un dinero de “bolsillo” que dejó de fluir como en otros tiempos, sino en la autonomía para gestionar su actividad sin controles externos: “Entonces soy millonario, pero no tengo un mango. Soy millonario sin guita. ¿Por qué? Porque no tengo jefes. A mí nadie me dice qué es lo que tengo que hacer. Yo opero cuando tengo ganas, cuando tengo tiempo. O sea, no he hecho guita, pero viví como la gran puta. Y vivo como la gran puta”.

CONCLUSIONES

Este trabajo se propuso analizar la construcción de los honorarios médicos como un elemento central en la negociación de la dominancia profesional de los cirujanos plásticos con respecto a la pluralidad de actores que intervienen en el mercado argentino de cirugía estética. En este marco, frente a la propuesta economicista y la lectura dicotómica de los “mundos hostiles”, la interpretación procesual y relacional de los precios permitió situarlos como el resultado de prácticas orientadas a establecer distinciones en un mercado de fronteras porosas, afirmar jerarquías intra- e interprofesionales, asentar la autoridad médica frente al desafío consumista que plantean los pacientes y defender la autonomía de la práctica liberal ante la avanzada de las empresas de medicina prepaga.

Como señalé en la introducción, esta investigación se situó en el cruce entre sociología económica y sociología de las profesiones, revelando la potencialidad de reflexionar en torno a la posición dominante de una ocupación particular a partir de las prácticas de valuación y del dinero. A partir de esta intersección teórica resultó posible establecer que los intercambios mediados por el dinero no necesariamente corrompen los vínculos ni tampoco disuelven las diferencias cualitativas, sino que permiten reafirmar la jerarquía frente a otros actores. Más allá de esta tesis central, la lectura microsociológica de estos intercambios cargados de significación cultural, moral y política contribuyó a brindar una visión dinámica de la dominancia profesional. Bajo este prisma, la autoridad médica no emerge como un atributo estático, sino como el resultado de la férrea voluntad cotidiana de imponerse frente a las

fuerzas del mercado, la managerialización de la medicina y la creciente complejidad de las organizaciones dedicadas a la producción de servicios de salud.

Para cerrar, este trabajo abre líneas de investigación futura que demandan ampliar el universo empírico y los enfoques metodológicos. En particular, resulta necesario extender el trabajo de campo para indagar en cómo varían las prácticas de comunicación y negociación de los precios en distintos contextos organizacionales y frente a diferentes estratos sociales de pacientes, incorporando la perspectiva de cirujanos más jóvenes y de aquellos que carecen de certificación oficial. Asimismo, la incorporación de observaciones etnográficas enriquecería la comprensión de cómo se negocian precios y jerarquías en la práctica cotidiana de los cirujanos plásticos argentinos.

REFERENCIAS

Abbott, Andrew. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Almeling, Rene. (2007). Selling genes, selling gender: egg agencies, sperm banks, and the medical market in genetic material. *American Sociological Review*, 72/3, p. 319-340.

Beckert, Jens & Aspers, Patrik (eds.). (2011). *The worth of goods: valuation and pricing in the economy*. Oxford: Oxford University Press.

Beckert, Jens & Musselin, Christine (eds.). (2013). *Constructing quality: the classification of goods in markets*. Oxford: Oxford University Press.

Belmartino, Susana. (2010). Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. *Salud Colectiva*, 6/3, p. 329-356.

Boltanski, Luc & Thévenot, Laurent. (2006). *On justification: economies of worth*. Princeton: Princeton University Press.

Bourdieu, Pierre. (2003). *Las estructuras sociales de la economía*. Buenos Aires: Manantial.

Brown, Eliza. (2025). Doctor, how much does it cost? Moral values and price talk in a stratified consumer medical market. *Socio-Economic Review*, 23/4, p. 1637-1659.

Carbajal, Mariana. (1999). *La seducción permanente: verdades y mentiras de la cirugía estética*. Buenos Aires: Sudamericana.

Cirugía estética en cuotas accesibles. (1978, 17 de enero). *La Nación*.

Cirugía plástica al alcance de todos. (1978, 15 de noviembre). *Clarín*.

Cirugía estética al alcance de todos. (1980, 10 de agosto). *Diario Popular*.

Cirugías al alcance de todos. (2000, 28 de noviembre). *Clarín*.

Clarke, Adele E. et al. (eds.). (2010). *Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S.* Durham: Duke University Press.

Coburn, David. (2006). Medical dominance then and now: critical reflections. *Health Sociology Review*, 15/5, p. 432-443.

Conrad, Peter & Leiter, Valerie. (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45/Extra Issue, p. 158-176.

Edmonds, Alexander. (2010). *Pretty modern: beauty, sex, and plastic surgery in Brazil*. Durham: Duke University Press.

Edmonds, Alexander & Sanabria, Emilia. (2016). Medical borderlands: engineering the body with plastic surgery and hormonal therapies in Brazil. *Anthropology & Medicine*, 21/2, p. 202-216.

Freidson, Eliot. (1970a). *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton.

Freidson, Eliot. (1970b). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

Fridman, Daniel. (2018). ¿Cuánto vale la neurosis? El pago por servicios de asistencia psicológica en la ciudad de Buenos Aires. In: Wilkins, Ariel (ed.). *El poder de (e)valuar: la producción monetaria de jerarquías sociales, morales y estéticas en la sociedad contemporánea*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, p. 109-134.

Fridman, Daniel. (2022). This is a handcraft: valuation, morality, and the social meanings of payments for psychoanalysis. *Theory and Society*, 51, p. 1-29.

Helgesson, Claes-Fredrik & Muniesa, Fabian. (2013). For what it's worth: an introduction to valuation studies. *Valuation Studies*, 1/1, p. 1-10.

Henwood, Flis et al. (2003). 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health & Illness*, 25/6, p. 589-607.

Hirschman, Albert O. (1970). *Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge: Harvard University Press.

International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2023). *Aesthetic/Cosmetic procedures performed in 2022*. London: ISAPS.

Karpik, Lucien. (2010). *Valuing the unique: the economics of singularities*. Princeton: Princeton University Press.

La cirugía plástica al alcance de todos. (1980, 23 de abril). *Clarín*.

Le Hénaff, Yannick. (2013). Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine. *Sciences sociales et santé*, 31/3, p. 39-64.

Light, Donald & Levine, Sol. (1988). The changing character of the medical profession: a theoretical overview. *The Milbank Quarterly*, 66/S2, p. 10-32.

Light, Donald. (1991). Professionalism as a countervailing power. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16/3, p. 499-506.

Lupton, Deborah. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 45/3, p. 373-81.

Mechanic, David. (2004). The rise and fall of managed care. *Journal of Health and Social Behavior*, 45/Suppl, p. 76-86.

Molina, Joaquín. (2024a). Historia de la institucionalización de la especialidad de cirugía plástica en Argentina (1892-1952). *Cuadernos de Historia. Serie economía y sociedad*, 34/23, p. 6-45.

Molina, Joaquín (2024b). La paradoja de la participación: un análisis de la relación médico-paciente en el mercado argentino de cirugía estética. *Sociedade e Cultura*, 27, p. 1-34.

Molina, Joaquín. (2025a). Víctimas “de” la cirugía estética. Disputas jurisdiccionales y construcción de fronteras en el mercado argentino contemporáneo de cirugía estética. *MEDIAÇÕES*, 30, p. 1-19.

Molina, Joaquín. (2025b). Cirugía estética y “terapéutica psicológica” en Argentina durante la primera mitad del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 32, p. 1-17.

Muniesa, Fabian. (2011). A flank movement in the understanding of valuation. *Sociological Review*, 59/S2, p. 24-38.

Oh, Hyeyoung. (2013). Consumerism in action: how patients and physicians negotiate payment in health care. *Qualitative Health Research*, 23/3, p. 385-395.

Parsons, Talcott. (1951). *The Social System*. Glencoe: The Free Press.

Pérez Rivera, Federico & López Ruiz, Juan Manuel. (2023). Análisis demográfico de la Cirugía Plástica en Argentina. *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, 29/2, p. 116-121.

Plan de ahorro previo. (1995, 4 de mayo). *Gente*.

Pitts-Taylor, Victoria. (2007). *Surgery junkies: wellness and pathology in cosmetic culture*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Quadagno, Jill. (2004). Physician Sovereignty and the Purchasers' Revolt. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29/4-5, p. 815-834.

Reeder, Leo G. (1972). The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 13/4, p. 406-412.

República Argentina. (1967). Ley 17.132. Régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429>

Rohden, Fabíola. (2008). O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 15/Suplemento, p. 133-152.

Rohden, Fabíola & Cavalheiro, Camila Silveira. (2021). Esculpindo corpos e criando normalidades: as cirurgias estéticas íntimas na produção científica da cirurgia plástica. In: Rohden, Fabíola et al. (orgs.). *Biotecnologias, transformações corporais e subjetivas: saberes, práticas e desigualdades*. Brasília: ABA Publicações, p. 183-214.

Rose, Nikolas. (2007). *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.

SACPER [@sacperargentina]. (2020, 25 de enero). ¡Que los precios bajos no te engañen! Instagram. <https://www.instagram.com/p/B73LORgFY3A/>

Starr, Paul. (1982). *The social transformation of American medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. New York: Basic Books.

Tan fácil como comprar un auto. (1994, 17 de abril). Noticias.

Toth, Federico. (2015). Sovereigns under siege: how the medical profession is changing in Italy. *Social Science & Medicine*, 136-137, p. 128-134.

Tousijn, Willem. (2002). Medical dominance in Italy: a partial decline. *Social Science & Medicine*, 55/5, p. 733-741.

Wilkis, Ariel (ed.). (2018). *El poder de (e)valuar: la producción monetaria de jerarquías sociales, morales y estéticas en la sociedad contemporánea*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

Wolinsky, Fredric D. (1988). The professional dominance perspective, revisited. *The Milbank Quarterly*, 66/S2, p. 33-47.

Zelizer, Viviana A.(1979). *Morals and markets: the development of life insurance in the United States*. New York: Columbia University Press.

Zelizer, Viviana A. (1994). *The social meaning of money: pin money, paychecks, poor relief, and other currencies*. Princeton: Princeton University Press.

“QUÉ FEO QUE TE ELIJAN POR SER BARATO”: HONORARIOS MÉDICOS Y DOMINANCIA PROFESIONAL EN EL MERCADO DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Palabras-clave

Dominancia profesional;
Honorarios médicos;
Valoración;
Dinero;
Cirugía plástica.

Resumen

El presente trabajo se propone analizar el proceso de construcción de los honorarios médicos de los cirujanos plásticos de la ciudad de Buenos Aires, entendiéndolo como una instancia central en la negociación y afirmación de la dominancia profesional. Recurriendo al cruce entre la sociología de las profesiones y la sociología económica, analizo 25 entrevistas en profundidad realizadas con especialistas porteños (2018-2019), complementadas con materiales provenientes de redes sociales y archivos periodísticos. A partir de esta intersección teórica, es posible establecer que, en oposición a la propuesta economicista y a la lectura dicotómica de los «mundos hostiles», la interpretación procesual y relacional de los precios permite situarlos como el resultado de prácticas orientadas a establecer distinciones en un mercado de fronteras porosas, afirmar jerarquías intra e interprofesionales, consolidar la autoridad médica frente al desafío consumista planteado por los pacientes y defender la autonomía del ejercicio liberal frente al avance de las empresas de medicina prepaga.

“HOW UGLY TO BE CHOSEN BECAUSE YOU’RE CHEAP”: MEDICAL FEES AND PROFESSIONAL DOMINANCE IN THE BUENOS AIRES AESTHETIC SURGERY MARKET

Keywords

Professional dominance;
Valuation;
Medical fees;
Money;
Plastic surgery.

Abstract

This article analyzes the construction of medical fees by plastic surgeons in the City of Buenos Aires, understanding it as a key instance in the negotiation and affirmation of professional dominance. Drawing on the intersection between the sociology of professions and economic sociology, the study is based on 25 in-depth interviews with certified specialists (2018-2019), complemented by material from social media and journalistic archives. The findings show that, contrary to economist approaches and the “hostile worlds” dichotomy, the relational and processual interpretation of prices reveals them as the outcome of practices aimed at establishing

distinctions in a market with porous boundaries, affirming intra- and inter-professional hierarchies, consolidating medical authority in the face of consumerist challenges posed by patients, and defending the autonomy of liberal practice against the advance of prepaid health insurance companies.

Joaquín Molina es doctor en Sociología (EIDAES-UNSAM/EHESS), becario posdoctoral CONICET (2025-actualidad). Actualmente se desempeña como docente de grado en la Universidad Nacional de San Martín. Publicaciones: 2025- "Cirugía estética y 'terapéutica psicológica' en Argentina durante la primera mitad del siglo XX", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*; 2025- "Historia de la cirugía plástica de las mamas femeninas en argentina: entre el 'exceso' vergonzante y la feminidad 'deficiente'", *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*; 2024- "La paradoja de la participación: un análisis de la relación médico-paciente en el mercado argentino de cirugía estética", *Sociedade e Cultura, Goiânia*, v. 27.

Fuente de financiamiento: Beca Doctoral Tipo I CONICET (Buenos Aires, Argentina).

Conflicto de intereses: El autor declara que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los Autores: Joaquín Molina es responsable de la concepción del artículo, la revisión bibliográfica, la recopilación y el análisis de datos, la redacción del texto original y la revisión final.

Aprobación del Comité de Ética: La investigación no implica a seres humanos de forma directa que requiera la evaluación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

Disponibilidad de Datos: Los datos cualitativos (entrevistas, notas de campo) no están disponibles públicamente para preservar el anonimato y la confidencialidad de los participantes.

Agradecimientos: Agradecemos a los revisores anónimos de la revista *Sociologia & Antropologia* por sus valiosas sugerencias y contribuciones, que han enriquecido significativamente este trabajo. Agradecemos también a los entrevistados que amablemente participaron en la investigación.

Editor Responsável: Rodrigo Toniol (UFRJ, Brasil).

Recibido el 19/11/2025 | Revisado el 04/03/2026
| Aprobado el 26/03/2026