

El discurso médico: un acercamiento socioantropológico a la relación médico-paciente

The medical discourse: a socio-anthropological approach to the doctor-patient relationship

Nancy Molina-Boscán¹ 

Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
nmolina@uc.edu.ve

Milena Granado² 

Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
magranado@uc.edu.ve

Omar Arrieta-Moya³ 

Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela
oarrieta@uc.edu.ve

Recibido: 11/7/2024. Aceptado: 2/8/2024.

RESUMEN

El discurso médico, a lo largo de la historia, ha configurado roles específicos entre médicos, pacientes y familiares, influenciado por creencias y valores sociales arraigados. Desde las concepciones hipocráticas hasta las teorías contemporáneas de Foucault (1976) y Parsons (1976), ha estructurado la comunicación y la toma de decisiones, consolidando la autoridad del médico como guía y cuidador en situaciones de vulnerabilidad. La teoría de Schutz (1967) ofrece una perspectiva sobre cómo estas interacciones se forman a través de tipificaciones compartidas, mientras que el concepto de biopoder de Foucault destaca la manera en que las prácticas médicas regulan tanto las enfermedades individuales como la salud pública. Esta revisión documental revela la evolución del discurso médico y su profundo impacto en la experiencia del paciente, subrayando la necesidad de mejorar las prácticas médicas para asegurar una atención más humanizada y centrada en el bienestar integral del individuo.

Palabras clave: discurso médico, análisis del discurso, relación médico paciente

ABSTRACT

Throughout history, medical discourse has established roles among doctors, patients, and families, influenced by social beliefs and values. From Hippocrates to contemporary theories by Foucault (1976) and Parsons (1976), it has structured communication and decision-making, solidifying the doctor's authority as a guide and caregiver in vulnerable situations. Schutz's theory (1967) explores how these interactions are shaped through shared typifications, while Foucault's concept of biopower highlights how medical practices regulate individual diseases and public health. This documentary review reveals that medical discourse has evolved, profoundly impacting patient experience and emphasizing the need to enhance medical practices for a more humane care.

Keywords: medical discourse, discourse analysis, physician patient relationship

¹ Licenciada en Educación mención Lengua y Literatura (UC), Magíster en Lingüística (UPEL), cursante de Doctorado en Ciencias Sociales mención Salud y Sociedad (UC). Profesora Asociada de la Universidad de Carabobo, FCS, ESPyDS.

² Licenciada en Educación mención Inglés (UC), Magíster en Lectura y Escritura (UC), Doctora en Educación (UC). Profesora Asociada de la Universidad de Carabobo, FCS, ESPyDS.

³ Abogado (UC), cursante de Especialización en Telemática e Informática en Educación a Distancia (UNA). Profesor Contratado de la Universidad de Carabobo, FCS, ESPyDS.

Introducción

La historia de la humanidad está intrínsecamente ligada a los avances de la ciencia, especialmente en el ámbito del cuidado de la salud. Oses y Leal (2022) señalan que, en palabras de Margareth Mead, el hallazgo de un fémur fracturado que sanó es un testimonio primigenio de la necesidad de cuidado, tiempo y dedicación. Los avances científicos y tecnológicos de cada época han impulsado la especialización de la medicina en técnicas y procedimientos, pero esta sigue estando inherentemente unida al quehacer lingüístico (Oses y Leal, 2022). El que sana no puede existir sin el que enferma. Así, el primero debe formarse y especializarse al máximo en su profesión, sin descuidar el desarrollo de sus competencias comunicativas, ya que son esenciales para una interacción efectiva con el paciente, sin dejar de lado o invalidar el mundo de la vida de ambos.

Ackerknecht (1985) enfatiza que la medicina es un producto sociocultural influenciado por factores sociales, culturales, políticos y económicos. En este sentido, el discurso médico se concibe como una construcción social que refleja las creencias, valores y normas de la sociedad en la que se desarrolla. En este orden de ideas, la teoría de Schutz (1967) proporciona un marco para comprender cómo se construye el discurso médico en la relación médico-paciente a través de tipificaciones compartidas, tipos ideales y la actitud natural, analizando cómo las percepciones, expectativas y significados influyen en la comunicación y la interacción dentro del contexto médico.

Históricamente, el paciente ha sido percibido como un ser indefenso o incapacitado. En la cultura occidental, desde Hipócrates, se ha mantenido esta perspectiva, que abarca tanto el cuerpo como el alma, la voluntad y el sentido moral. Las emociones intensas pueden afectar la conciencia y la voluntad, lo que lleva a considerar al paciente como alguien que no está en plena capacidad para tomar decisiones complejas. En consecuencia, se espera que este se convierta en un niño que debe confiar en la rectitud, sabiduría y benevolencia de su padre/médico en la elección del tratamiento más adecuado. Parsons (1976) describe estas acciones como una red interactiva que se ajusta, definiendo la práctica médica como un conjunto de prácticas de roles resultantes de la interacción entre médico y paciente. Así, el que sana posee un rol profesional cuya función es cuidar al enfermo. Si en la antigüedad se le consideraba una persona sabia, en la actualidad es un especialista que, gracias a su formación y conocimiento, se ubica en un nivel superior con respecto a los demás individuos. Esta situación, según Molina y Molina (2017), refuerza la idea de que la Medicina es un poder que se alimenta de la certeza de que quien sana tiene la salud y la vida del paciente en sus manos.

En este sentido, Foucault (1976) introduce el concepto de biopoder para describir las técnicas y estrategias utilizadas por los estados modernos para gestionar y regular la vida y la salud de las poblaciones. En el ámbito médico, esto se manifiesta a través de instituciones como los sistemas de salud, las políticas de salud pública y las prácticas médicas que determinan quién está sano, quién está enfermo y cómo deben ser tratados los cuerpos. Obviamente, la cultura juega un papel fundamental en la construcción del discurso médico, y las diferentes concepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo y el rol del médico se verán reflejadas en la forma en que los profesionales de la salud se comunican con sus pacientes (Garay, Pinzón y Suárez, 1993).

En este contexto, se realizó una revisión documental para examinar la importancia del discurso médico en el proceso salud-enfermedad a lo largo del devenir histórico de la humanidad.

Acercamiento socioantropológico

Al comienzo de la civilización, en la antigua Mesopotamia, alrededor del año 4000 a.C., la medicina se basaba en el uso de la magia, utilizando conjuros contra los espíritus malignos que supuestamente atacaban a los mortales. La enfermedad era considerada una posesión demoníaca del cuerpo humano y la forma de curarla era expulsar al espíritu maligno. En la misma época, la medicina egipcia era, igualmente, mágico-religiosa; por tanto, eran los sacerdotes quienes interpretaban augurios y predecían el curso de la enfermedad (pronóstico). Sin embargo, casi en paralelo, los egipcios lograron superar la magia y los médicos sacerdotes comenzaron a utilizar yodo, laxantes, eméticos e, incluso, realizar operaciones (Jaramillo-Antillón, 2001). Dichas prácticas y procedimientos buscaban no solo la curación de enfermedades, sino también el mantenimiento de los estándares de belleza de la época y los ritos funerarios.

En Mesopotamia, alrededor del siglo XVII a.C., se promulgó el Código de Hammurabi, el cual contiene disposiciones específicas relacionadas con la práctica médica y la relación médico-paciente. Las leyes 215 a la 218 regulaban las prácticas médicas y las consecuencias para los médicos en caso de errores o negligencia. Estas disposiciones indican que, en la sociedad babilónica, bajo el Código de Hammurabi, existía un marco legal, basado en la Ley del Talió, para regular las prácticas médicas y proteger los derechos y la seguridad de los pacientes (Laín, 1982). Si bien la relación entre médico y paciente no se aborda en términos modernos de ética médica o consentimiento informado, las leyes reflejan una preocupación por la competencia y la responsabilidad de los médicos en el ejercicio de su profesión, así como por la protección de los pacientes contra prácticas médicas negligentes o dañinas.

En la cultura griega, la medicina tiene un origen mitológico. Apolo era el dios de la medicina y se le conocía también como Alexikakos, el que evita los males. Se encargó de transmitir su conocimiento médico al centauro Quirón, quien educó a héroes como Jasón, Hércules y Aquiles, así como a Asclepio (Esculapio), quien más tarde se destacó por sus extraordinarias habilidades curativas. Asclepio, hijo de Apolo y Coronis, fue criado en la naturaleza y, desde joven, demostró una capacidad prodigiosa para sanar, lo que le valió la adoración local. Zeus, enfadado por sus curaciones, lo fulminó con un rayo. Así, Esculapio es representado con una vara alrededor de la cual se enrosca una serpiente. Entre sus descendientes destacan Hygieia, diosa de la salud, y Panacea, diosa de los remedios. La primera, introducida en Roma por médicos griegos de Epidauró en el 239 a.C., simboliza el cuidado de la salud física y mental; mientras que Panacea personifica el ideal de la medicación eficaz e inofensiva. Desde entonces, la salud y la medicina han estado estrechamente relacionadas, con la serpiente sagrada como símbolo de curación en la tradición griega, en contraste con las tradiciones judía y cristiana. Por su parte, en Egipto, alrededor del 2700 a.C., Imhotep, arquitecto y médico de la corte del faraón Zoser, fue considerado el primer médico del mundo y, por tanto, divinizado por este pueblo (Jaramillo-Antillón, 2001).

Entre los siglos VI y V a.C., en Grecia, se establece la medicina como técnica y se erige como pilar de la medicina hipocrática. Esta nueva visión se basa en la idea de una naturaleza universal y de particulares, que usa la razón para acceder al conocimiento de sus constituciones y regularidades, las cuales pueden perfeccionarse a través de la técnica. Esto sirve como fundamento para la acción terapéutica y para la elevación del médico, quien pasa de ser hechicero o curandero a técnico de la medicina (Laín, 1969). En esta época hipocrática, la relación entre sanador y enfermo se caracteriza por una amistad basada en el aprecio por la naturaleza, que se expresa a través del conocimiento.

De lo anterior se desprende que una persona que cura no sería considerada técnica si desconoce el qué y el porqué de lo que hace. Por lo tanto, debe seguir dos principios: no hacer daño y no tratar a aquellos enfermos que se encuentren cerca de la muerte. Para Hipócrates, la medicina es un arte que beneficia a quienes se sirven de ella, pero es penosa para quien la practica, pues suele contaminar y ofender sus sentidos al momento de aplicar los recursos para que el paciente logre escapar de males mayores. El médico, desde el decoro, debe dedicarse a la recuperación de la salud, entendida como el bienestar físico y espiritual que conduce a la curación, es un proceso que va más allá de la mera ausencia de enfermedad. Este arte está conformado por la enfermedad, el enfermo y el médico, y la fuerza de la relación médico-paciente se potencia en el proceso de curación, considerando al enfermo como un ser que merece respeto y cuidado.

Hipócrates de Cos se erige como una figura central en la historia del discurso médico debido a su enfoque revolucionario en la observación empírica y el razonamiento racional para entender y tratar enfermedades. Tanto él como su escuela han legado el *Corpus Hippocraticum*, una colección de obras médicas escritas en griego, y las raíces del modelo biomédico, que se basa en la observación clínica y en la teoría de que el cuerpo humano es un sistema mecánico que puede entenderse y manipularse, regido por principios biológicos y físicos, destacando los cuatro humores como determinantes de la salud y la enfermedad. Se deja de lado la creencia de que la enfermedad se produce por causas mágicas y se plantea la alteración de los cuatro humores del organismo: flema, sangre, bilis negra y bilis amarilla. El *Corpus* está constituido por lecciones, libros de texto, ensayos filosóficos, notas e investigaciones sobre diversos temas médicos sin ningún orden en específico. Entre los tratados destaca el Libro de los pronósticos y el Juramento hipocrático, que indica cómo debe ser enseñada la medicina y establece el secreto profesional, entre otros.

La cultura griega fortalece el vínculo entre la acción de la palabra y la curación de la enfermedad. La palabra se comporta, en palabras de Aristóteles, como un medicamento y llega, incluso, a producir acciones psicológicas en algunos pacientes. Hipócrates sostiene que el enfermo debe tener una participación activa en su curación y que el médico debe abstenerse de usar fármacos hasta establecer una relación terapéutica con el paciente (Garzón, 2011).

La Edad Media, con el ascenso del cristianismo, trajo consigo cambios en la forma de entender el mundo, influyendo en el discurso médico. La medicina medieval se basaba, en gran medida, en la autoridad de textos antiguos como los de Hipócrates y Galeno, cuyas obras fueron traducidas y preservadas por eruditos árabes, y reintroducidas en Europa a través de traducciones latinas. El conocimiento médico se entrelazaba con la teología cristiana, y los médicos, en su mayoría clérigos o monjes, también eran responsables de cuidar la salud espiritual de sus pacientes. Así, como las órdenes religiosas eran las encargadas de la asistencia sanitaria, la relación médico-paciente comenzaba a ser vista como un acto de amor previo al conocimiento médico, diagnóstico y prescripción de fármacos. Esta nueva visión deriva del amor al prójimo establecido en los Mandamientos del Nuevo Testamento.

Durante este periodo, se crearon los primeros hospitales cristianos gratuitos para los enfermos sin recursos y se atendía a los moribundos (caridad). La clase social determinaba la asistencia médica recibida. La enfermedad era concebida como un castigo divino y la comunicación médico-paciente se basaba en ofrecer consuelo y enseñar la palabra de Dios. En este sentido, la relación médico-paciente se fundamentaba en un modelo paternalista, en el cual el médico asumía un papel de autoridad y protección hacia el paciente.

Este contexto religioso también influyó en la manera en que se percibía y trataba a las mujeres dentro de la medicina medieval. Las mujeres eran comúnmente consideradas inferiores en términos físicos y morales, y su salud era vista como más vulnerable y propensa a las enfermedades debido a concepciones como la "debilidad" inherente a su naturaleza. Esta percepción se reflejaba en tratados médicos y prácticas terapéuticas que, en muchos casos, relegaban a las mujeres a roles pasivos o subordinados en el proceso de atención médica (Molina y Molina, 2017).

De esta forma, las obras médicas hacían referencia a la anatomía y fisiología femenina de manera simplista y estereotipada, contribuyendo así a un tratamiento médico diferenciado y, en ocasiones, discriminatorio. La asimetría de poder y la autoridad absoluta se evidenciaban también en la toma de decisiones, ya que el médico adoptaba ese papel en nombre del/de la paciente. Se observa, entonces, cómo el modelo biomédico se sigue afianzando en la medicina occidental dejando huellas profundas en los grupos sociales menos favorecidos, como es el caso de las mujeres y los pobres.

Durante los siglos XV al XVIII, el discurso médico experimentó transformaciones significativas impulsadas por avances científicos, cambios filosóficos y transformaciones sociales en Europa. En este período, la práctica médica comenzó a alejarse de las explicaciones metafísicas y religiosas hacia enfoques más científicos y observacionales. Figuras como Ambroise Paré (pionero de la cirugía moderna) introdujeron métodos empíricos basados en la observación directa y la experimentación, abandonando prácticas tradicionales como el tratamiento de heridas con aceite caliente (Jaramillo-Antillón, 2001). Esta transición significó un cambio hacia una medicina más centrada en el conocimiento práctico y la experiencia clínica, influyendo directamente en la relación entre médico y paciente, al promover métodos más seguros y efectivos.

Este período también vio la influencia de la Reforma Protestante y la Contrarreforma Católica en las percepciones sobre la salud y la enfermedad. La Reforma enfatizó la responsabilidad personal y la relación directa con Dios, lo que a menudo llevó a percibir la enfermedad como consecuencia de acciones individuales o pecaminosas. En contraste, la Contrarreforma fortaleció la autoridad eclesiástica y promovió la caridad y la asistencia hospitalaria como actos de devoción religiosa y servicio comunitario (Juan Belda Plans, 2019).

El surgimiento de la biomedicina a finales del siglo XVIII y principios del XIX⁴, en algunos países europeos, marcó un punto de inflexión. Este modelo se estableció durante la Primera Revolución Industrial y se caracteriza por su enfoque biologicista, individualista, ahistórico, asocial, mercantil y pragmático. Estas características (ya presentes en la medicina anterior al siglo XIX) se intensificaron durante este período hasta convertirse en rasgos dominantes del modelo biomédico. Su énfasis en factores biológicos a menudo excluía consideraciones sociales y económicas en la comprensión de las enfermedades, con lo cual se reduce la historia social de los padecimientos a variables bioecológicas.

En este contexto, tanto la salud de los trabajadores como la de los pacientes se ha interpretado principalmente desde una perspectiva biológica o ecológica; esto dejó fuera factores como los ritmos productivos o las condiciones laborales que inciden directamente sobre las enfermedades. Además, el biologicismo del modelo propone una historia natural de las enfermedades que limita comprenderlas desde una perspectiva social. Este enfoque evolucionista –que biologiza al tiempo que reemplaza dimensiones históricas– también contribuyó al desarrollo de ideologías

4 Más tarde, en la segunda mitad del siglo XIX, se extendería a América (incluyendo Estados Unidos).

como el darwinismo social, que históricamente han justificado la explotación y estigmatización de los trabajadores a través de criterios socio-racistas (Menéndez, 2005). En la práctica médica, esto ha influido en la relación médico-paciente, centrándola exclusivamente en el tratamiento biomédico, con lo que frecuentemente se deja de lado factores contextuales y emocionales que son cruciales para garantizar una atención integral.

El concepto de biopoder, introducido por Foucault, ilumina cómo las prácticas médicas y sanitarias se convirtieron en mecanismos de control social. Los estados comenzaron a regular quién podía practicar la medicina y bajo qué condiciones, afirmando su autoridad sobre la salud de la población (Foucault, 2004). Esto se manifestó en la implementación de medidas de salud pública y en el desarrollo de estadísticas sanitarias.

En términos de la relación médico-paciente, el biopoder influyó en la forma en que se estructuraban las instituciones de salud y en cómo se ejercía la autoridad médica. Los médicos, como agentes del biopoder, adquirieron un papel crucial en la vigilancia y el control de la salud pública. Esto se reflejaba en la aplicación de medidas profilácticas y de cuarentena durante epidemias, así como en la estandarización de prácticas médicas destinadas a normalizar y disciplinar los cuerpos individuales dentro de una población (Foucault, 1976).

Durante este período, la atención médica hacia las mujeres estuvo marcada por desigualdades de género, limitaciones de acceso a profesionales médicos y una visión médica que reflejaba las normas patriarcales y religiosas de la época. Esta situación contribuyó a una experiencia de salud diferenciada y, en muchos casos, menos satisfactoria para las mujeres en comparación con los hombres.

La relación médico-paciente/familiar, vista desde la perspectiva foucaultiana, se entiende como un espacio de negociación de relaciones de poder. El médico, con su autoridad institucional y conocimientos especializados, ejerce un poder discursivo que influye en las percepciones y decisiones de pacientes y familias. Los discursos médicos no solo informan sobre salud y enfermedad, sino que también contribuyen a la configuración de identidades y comportamientos dentro del marco normativo de la práctica médica y las instituciones de salud (Foucault, 1970). Es crucial reconocer, entonces, cómo los discursos excluidos en el ámbito médico pueden generar resistencia por parte de pacientes y familias, incluyendo perspectivas alternativas sobre salud y tratamiento. Esta exclusión puede motivar a buscar conocimientos y cuidados alternativos, desafiando las estructuras de poder establecidas (Foucault, 2003).

En la formación médica, las relaciones de poder verticales se manifiestan a través del discurso, influyendo en la dinámica de la relación médico-paciente/familiar. Foucault (1975) enfatiza que el poder se ejerce a través de prácticas discursivas que definen lo legítimo en medicina, transmitiendo conocimientos y normas que refuerzan las estructuras de poder existentes. En este sentido, el discurso médico, además de comunicar información objetiva, actúa como mecanismo de normalización y control social, definiendo categorías de identidad y comportamiento en salud y enfermedad (Foucault, 2003).

El médico, con su saber experto y autoridad, orienta opciones de tratamiento y expectativas de recuperación, condicionando la autopercepción del paciente y su participación en el cuidado (Foucault, 1975). Los términos técnicos utilizados por médicos pueden excluir a pacientes y familiares de decisiones informadas, creando asimetrías. La presentación de diagnósticos y opciones de tratamiento puede afectar la percepción del paciente sobre su salud y su capacidad para participar activamente (Foucault, 1975). Los pacientes y sus familias pueden resistir estas

dinámicas de poder mediante preguntas críticas, segundas opiniones y decisiones informadas, desafiando y reconfigurando las relaciones de poder médico (Foucault, 2003). Esta resistencia puede promover prácticas médicas más colaborativas y empoderadoras, equilibrando el conocimiento experto con las experiencias y perspectivas de los pacientes.

A la luz de las dinámicas de poder identificadas por Foucault, surge, como elemento fundamental en el contexto médico, el concepto de consentimiento informado. Este concepto no se limita a un procedimiento formal, sino que refleja un principio ético esencial para proteger la autonomía y dignidad del paciente. Implica proporcionar información completa y comprensible sobre la condición médica, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios, respetando las preferencias individuales y valores culturales del paciente. Esto significa que la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente debe ser clara, empática y adaptada al nivel de comprensión del mismo; por tanto, se debe evitar el uso del lenguaje técnico especializado y optar por uno coloquial que incluya terminología médica popular para garantizar que la información sea accesible y comprensible para todos. Se observa, entonces, que el consentimiento informado no es un evento único, sino un proceso continuo y dinámico a lo largo del tratamiento médico. Esto implica que se debe revisar y renovar el consentimiento en caso de cambios en la condición del paciente o nuevas opciones de tratamiento.

Desde esta perspectiva, el consentimiento informado representa una forma de resistencia a las estructuras de poder verticales en la medicina. Al capacitar al paciente para tomar decisiones informadas y participar activamente en su cuidado, se desafían las dinámicas tradicionales de autoridad médica unilateral. Este enfoque no solo promueve una atención más centrada en el paciente, sino que también fomenta una relación médico-paciente/familiar más colaborativa y equitativa.

Luego de siglos de cambios sociales, la medicina y la atención médica han sido impactadas significativamente por diversos movimientos sociales, así como por eventos catastróficos como las dos guerras mundiales. Las reivindicaciones alcanzadas han llevado a la toma de conciencia sobre el derecho a recibir asistencia. En este sentido, las luchas de las organizaciones de trabajadores y mujeres de los siglos XIX y XX lograron que la asistencia médica igualitaria fuera obligatoria y pasara a ser considerada un servicio con matiz contractual. Entre estas iniciativas, la lucha por los derechos civiles ha jugado un papel trascendental en la búsqueda de equidad racial y acceso igualitario a la atención médica (American Civil Liberties Union, s.f.). Este esfuerzo ha desafiado la segregación en las instalaciones médicas y la discriminación en la atención, promoviendo la idea de que todos deben recibir atención médica justa e igualitaria, sin importar su raza o grupo étnico.

Al mismo tiempo, el feminismo ha marcado una diferencia substancial en la atención médica, especialmente en lo que respecta a la salud de las mujeres (Nogueiras, 2023). Históricamente, las mujeres enfrentaron barreras significativas en el acceso a la atención médica integral y en la investigación médica. El movimiento feminista ha abogado fervientemente por el derecho de las mujeres a controlar su salud reproductiva, incluyendo el acceso a la anticoncepción y el aborto seguro, así como una atención médica que aborde específicamente sus necesidades de salud. De igual forma, se exige asistencia médica ante cualquier dolencia que se pueda presentar. Estos cambios se enmarcan en las exigencias del enfermo quien, siendo sujeto y, en consecuencia, dotado de libertad, inteligencia e intimidad, sigue siendo tratado como objeto. Asimismo, el movimiento por los derechos de los pacientes ha promovido el consentimiento informado, la privacidad del paciente y el respeto por su autonomía como principios fundamentales en la relación médico-paciente. Este movimiento ha llevado a la adopción de legislaciones y

normativas que protegen los derechos de los pacientes en todo el mundo, asegurando que la voz y las decisiones de los pacientes sean respetadas y consideradas (American Civil Liberties Union, s.f.).

De manera paralela, el movimiento por la salud mental ha trabajado incansablemente por el reconocimiento de los trastornos mentales como condiciones médicas legítimas (Belén Nogueiras, 2023). Este movimiento ha desafiado el estigma asociado con las enfermedades mentales y ha promovido la integración de la atención de la salud mental en los sistemas generales de atención médica, asegurándose que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y el apoyo necesario.

En el transcurso de este período, específicamente a finales del siglo XIX, comenzó a considerarse que el estrés social afecta la salud a nivel psíquico, lo que abrió nuevas vías investigativas sobre tratamientos y relaciones con estos enfermos. En este punto, Freud se erige como figura principal por haber modificado la relación médico-paciente al incluir al sujeto dentro de la medicina. Considera que esta relación es fundamental y hace uso de la historia clínica como instrumento para que el enfermo pueda contar lo que le ocurre y relacionarlo con su entorno (trabajo e historia familiar), e incorpora un nuevo elemento: los afectos del paciente en sus procesos corporales. En este punto, la palabra se transforma en un recurso valioso para crear, en el paciente, un estado de ánimo favorable a la recuperación (Garzón, 2011).

Luego de los períodos históricos marcados por las dos guerras mundiales, el discurso médico experimentó transformaciones significativas que impactaron varias facetas de la relación médico-paciente. Durante la Primera Guerra Mundial, debido a la escala de los traumas físicos y psicológicos entre los soldados, fue necesario desarrollar técnicas avanzadas para tratar heridas y rehabilitar pacientes; así como establecer servicios médicos de emergencia más eficientes (Talbot, 2014). Además, se intensificó el enfoque en salud mental y bienestar emocional de los pacientes, reconociendo la importancia de abordar tanto sus necesidades físicas como psicológicas durante situaciones críticas (Talbot, 2014).

La Segunda Guerra Mundial amplió aún más estos avances al promover la investigación y el desarrollo de tratamientos médicos más sofisticados –incluidos antibióticos– vacunas y procedimientos quirúrgicos avanzados (Smallman-Raynor & Cliff, 2004). Esta guerra también catalizó mejoras en la atención médica de emergencia y en la organización de los sistemas de salud, con un enfoque renovado en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud pública (Smallman-Raynor & Cliff, 2004). Estos avances no solo mejoraron la capacidad de los médicos para tratar enfermedades y lesiones, sino que también fortalecieron la relación médico-paciente/familiar, al enfocarse en la comprensión integral de las necesidades y preocupaciones de los pacientes en tiempos de crisis y recuperación.

Además de los aspectos técnicos y organizativos, las guerras mundiales cambiaron la percepción pública de los profesionales de la salud, elevando su estatus social y reconocimiento por su contribución vital durante los conflictos (Talbot, 2014; Smallman-Raynor & Cliff, 2004). Esto ayudó a consolidar la confianza entre médicos y pacientes, fundamentada en la competencia técnica y la dedicación profesional demostrada en momentos críticos de la historia.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, varios sociólogos y pensadores comenzaron a explorar profundamente las interacciones y dinámicas dentro del campo médico. Entre 1956 y 1959, Sigerist estableció las bases para comprender las complejas relaciones entre la práctica médica y las consideraciones sociales. Sociólogos como Koss, Goss y Reader ampliaron este estudio desde diferentes perspectivas. Koss analizó en 1954 cómo se vinculaban las clases

sociales menos privilegiadas con los servicios de salud, revelando disparidades tanto en el acceso como en la prevalencia de enfermedades. Goss y Reader se centraron en reflexionar sobre la relación médico-paciente alrededor del año 1956; profundizaron aún más sobre esta dinámica interpersonal y su influencia en el tratamiento médico.

De igual forma, Straus (1957) amplió aún más este campo investigativo al explorar tanto el conocimiento sobre los usuarios del sistema sanitario como las estructuras institucionales propias de la medicina. Freeman, Levine y Reeder (1963/1998) consolidaron estos estudios al abordar temas relacionados con la salud y la enfermedad, la política sanitaria y los métodos de estudio sociomédico. Destacan contribuciones clave como las de Freidson (1961), quien desafió los fundamentos de la teoría parsoniana al explorar cómo la medicina, como institución, moldea las percepciones sociales y evalúa la enfermedad, integrando la visión del paciente como una figura activa en el proceso de atención médica.

Estos estudios sentaron las bases para investigaciones posteriores que siguieron cuestionando la calidad y el tipo de atención médica proporcionada, reflejando un interés creciente en las dimensiones socioculturales de la medicina hasta los años setenta, cuando autores como Coe y Rosen revitalizaron el estudio de la historia de la medicina y la medicina social. Coe, en *Sociología de la Medicina* (1973), y Rosen, con su obra *De la policía médica a la medicina social* (1974), profundizaron en cómo los movimientos sociales y los cambios históricos han influido en la relación entre médicos y pacientes, así como en la organización de los sistemas de salud. Estas contribuciones destacan la evolución del discurso médico hacia un enfoque más integral y crítico de las prácticas médicas, considerando al enfermo como un ser pensante y sintiente cuyas percepciones y experiencias juegan un papel crucial en las interacciones médicas.

En la actualidad, la sociedad secular ha desechado la idea tradicional que veía a las enfermedades como castigos divinos; además, los pacientes ya no aceptan sin cuestionar ni criticar las decisiones del personal sanitario. Sin embargo, la idea freudiana revolucionaria de considerar al paciente como sujeto se ha ido perdiendo en las últimas décadas. La tecnologización extrema, característica de la postmodernidad, ha afectado significativamente la comunicación médico-paciente y, por tanto, la relación que se establece entre ambos. De esta forma, el médico queda relegado a cumplir principalmente un rol técnico, centrado en el manejo de procedimientos clínicos, viéndose obligado a dejar de lado aspectos emocionales importantes. Este médico postmoderno debe recurrir, entonces, a la disociación afectiva, al discurso distante, al recorte de la información y al control de cualquier implicación emocional. En consecuencia, el paciente es nuevamente tratado como un objeto y no como un ser libre, pensante e inteligente (Dörr, 2004).

Esta situación trajo consigo que, para 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hiciera un llamado a favor de una práctica médica más personalizada, enfatizando la importancia de la entrevista médica como base de la práctica clínica. Según la OMS, el desarrollo de destrezas comunicativas permitiría una mejor relación médico-paciente, un diagnóstico más preciso y, en consecuencia, un mejor pronóstico. Sin embargo, los grandes avances tecnológicos durante el siglo XX e inicios del XXI han promovido una mayor especialización dentro del campo médico, junto con técnicas diagnósticas mucho más certeras, tratamientos más eficaces y recursos más avanzados. Esto ha dificultado la recuperación de la subjetividad del paciente, que queda relegada casi exclusivamente a la información que ofrecen los sofisticados dispositivos tecnológicos.

Históricamente, el sanador ha sido percibido como alguien que posee habilidades curativas que trascienden los conocimientos médicos formales. Esta figura actúa, esencialmente, como un facilitador de la sanación integral, ofreciendo apoyo emocional, escucha activa y orientación espiritual, si corresponde. En contraste con el enfoque científico biomédico, que se centra en la causa y el tratamiento de las enfermedades desde una perspectiva exclusivamente física, el sanador reconoce y respeta la complejidad del ser humano, considerando la interacción de aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales en el proceso de curación.

La concepción ampliada sobre la sanación implica más que la simple eliminación de síntomas; se centra en facilitar un proceso integral de transformación y recuperación. Esto puede incluir la promoción del autocuidado, gestión del estrés, mejora de la calidad de vida y fortalecimiento de la resiliencia emocional. En lugar de centrarse exclusivamente en la enfermedad, el sanador fomenta el bienestar general del paciente, ayudando a restaurar el equilibrio y la armonía en todas las dimensiones del ser humano.

La integración de estas perspectivas en el discurso médico ofrece una visión más completa y humana sobre la atención sanitaria contemporánea. Teóricos como Arthur Kleinman (1988) han abogado por un enfoque narrativo que sea culturalmente sensible para comprender las experiencias relacionadas con enfermedades y sanaciones, y destacan especialmente cómo las creencias culturales y personales influyen significativamente en los procesos de recuperación de la salud. Desde esta perspectiva, las prácticas del sanador se alinean con modelos de cuidado centrados en el paciente, que valoran la colaboración y el respeto mutuo entre el profesional de la salud y el paciente (Habermas, 2001).

A finales del siglo XX surgieron varias teorías que ofrecen un análisis detallado sobre los discursos médicos dentro del contexto relacional entre médicos, pacientes y familiares. Una de las más destacadas es la teoría de los sistemas familiares, desarrollada por Murray Bowen en 1978, que enfatiza la interdependencia familiar y cómo las dinámicas intrafamiliares pueden afectar la salud del paciente y la adherencia al tratamiento. Este enfoque sugiere que los médicos deben considerar no solo al individuo enfermo, sino también a su entorno familiar visto como un sistema donde las tensiones y los conflictos pueden impactar en los resultados generales relacionados con la salud.

Por otra parte, el Modelo Biopsicosocial de Engel (1977) subraya la necesidad de considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales para comprender adecuadamente la salud y la enfermedad. En el contexto de la relación médico-paciente/familiar, este modelo insta a los médicos a evaluar los síntomas físicos del paciente y, además, sus emociones, su contexto social y familiar, y cómo estos factores pueden influir tanto en la enfermedad como en la respuesta al tratamiento.

En 1988, surge la Medicina Narrativa promovida por Arthur Kleinman, cuyo enfoque destaca la importancia de las historias personales y familiares en la comprensión de las experiencias relacionadas con la enfermedad y el sufrimiento. Al escuchar y valorar las narrativas de los pacientes y sus familiares, los médicos pueden desarrollar una comprensión más profunda de sus preocupaciones y expectativas; esto mejora significativamente la empatía y la relación terapéutica. Esta tendencia continúa hacia finales del siglo XX e inicios del XXI con la Teoría del Cuidado Centrado en la Familia. Esta teoría sostiene que, al involucrar activamente a los familiares en la toma de decisiones y en el cuidado del paciente, los médicos pueden fortalecer el apoyo social y emocional disponible, mejorando así la experiencia de cuidado mientras promueven mejores resultados de salud (Greenberg y Goldman, 2008).

Asimismo, surge la teoría de la comunicación familiar, que desempeña un papel crucial al examinar cómo los patrones de comunicación entre los miembros de la familia y los proveedores de atención médica influyen en la gestión de la salud del paciente. Kathleen Galvin ha contribuido significativamente al campo de la comunicación familiar, enfocándose en la importancia de los procesos comunicativos para la comprensión mutua y la toma de decisiones en contextos de salud. Su investigación destaca cómo los estilos de comunicación, la apertura emocional y la claridad en la información médica pueden facilitar una mejor gestión de la salud y un mayor bienestar emocional para los pacientes y sus familias (Galvin, 2006).

Por su parte, Carma Bylund y Gregory Makoul (2005) han explorado cómo los proveedores de atención médica pueden mejorar la comunicación con los pacientes y sus familias, promoviendo un entorno de apoyo que facilite la comprensión de los diagnósticos, tratamientos y opciones de cuidado. Su trabajo subraya la importancia de la empatía, la escucha activa y la adaptación del lenguaje médico para promover una comunicación más efectiva y colaborativa. Ambas perspectivas teóricas destacan la necesidad de considerar la dinámica familiar en el proceso de atención médica, reconociendo que la comunicación no solo transmite información, sino que también construye relaciones de confianza y apoyo mutuo. En este sentido, la teoría de la comunicación familiar ofrece un marco invaluable para comprender cómo mejorar la calidad de la atención médica mediante prácticas comunicativas más efectivas y centradas en las necesidades emocionales y prácticas de los pacientes y sus familias. Se destaca la importancia de una comunicación efectiva entre los miembros de la familia y los profesionales de la salud, ya que los patrones de comunicación pueden facilitar o dificultar la comprensión mutua y la toma de decisiones compartidas sobre el tratamiento médico, afectando así la calidad de la atención y la satisfacción del paciente y su familia con el cuidado recibido.

En conjunto, estos enfoques teóricos no solo enriquecen la comprensión de las dinámicas familiares dentro del contexto médico, sino que también informan y guían el discurso médico hacia prácticas más colaborativas, empáticas y centradas en el paciente y su familia. Al integrar estos enfoques en la práctica clínica, los profesionales de la salud pueden mejorar la calidad del cuidado ofrecido y satisfacer las necesidades individuales y familiares de manera más efectiva.

A manera de cierre

La relación médico-paciente ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia, siendo moldeada por complejas interacciones socioculturales y por el avance continuo de las ciencias médicas. Desde los primeros tratados de Hipócrates hasta las teorías contemporáneas de autores como Foucault y Parsons, se ha delineado un discurso médico que no solo refleja las creencias y valores sociales, sino que también establece roles definidos entre el médico, el paciente y su familia. Además de implicar el intercambio de información y la toma de decisiones compartidas, este discurso construye una estructura basada en autoridad y confianza, donde el médico se posiciona como el cuidador principal y guía del paciente, especialmente en momentos de vulnerabilidad emocional y física.

En este sentido, la teoría desarrollada por Alfred Schutz (1967) proporciona un marco útil para entender cómo estas interacciones se desarrollan a través del uso compartido de tipificaciones sociales y tipos ideales, influyendo tanto en la comunicación como en la percepción mutua entre las partes involucradas. Además, el concepto de biopoder de Foucault (1976) destaca cómo las prácticas médicas tratan enfermedades individuales y, al mismo tiempo, gestionan y regulan la salud poblacional mediante políticas y sistemas de salud pública.

En este contexto, la revisión documental subraya la importancia de comprender el discurso médico como una construcción dinámica que se adapta y cambia con el tiempo, afectando profundamente la experiencia y el tratamiento del paciente. Esta comprensión es fundamental para mejorar las prácticas médicas y fortalecer la relación médico-paciente-familiar, asegurando una atención más humana, efectiva y ética en el cuidado de la salud.

Referencias

- Ackerknecht, Erwin. (1985). *Medicina y antropología social*. Ediciones Akal.
- American Civil Liberties Union. (s.f.). *Civil Rights Movement*. <https://www.aclu.org/issues/racial-justice/race-and-criminal-justice/civil-rights-movement>.
- Belda-Plans, Juan. (2019). Reforma católica y Reforma protestante. Su incidencia cultural. *Hipogrifo. Revista de literatura y cultura del Siglo de Oro*, 7(2), pp. 333-347. <https://doi.org/10.13035/H.2019.07.02.27>.
- Bowen, Murray. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bylund, Carmay Makoul, Gregory. (2005). Examining Empathy in Medical Encounters: An Observational Study Using the Empathic Communication Coding System. *Health Communication*, 18(2), pp. 123-140. <https://each.international/wp-content/uploads/2023/05/Bylund-and-Makoul-2005-Examining-Empathy-in-Medical-Encounters-Health-Communication.pdf>.
- Coe, Rodney. (1973). *Sociología de la Medicina*. Alianza.
- Dörr, Anneliese. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista Médica de Chile*, 132(11), pp. 1431-1436. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872004001100014>.
- Engel, George. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. *Ciencia*, 196(4286), 129-136. <https://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20A%20challenge%20for%20biomedicine.pdf>.
- Foucault, Michel. (1977). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber* (Trad. Ulises Guñazú). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1976).
- Foucault, Michel. (1992). *El orden del discurso* (Trad. Alberto González Troyano). Tusquets Editores. (Trabajo original publicado en 1970).
- Foucault, Michel. (2003). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (Trad. Francisca Perujo). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1963).
- Freeman, Howard; Levine, Sol y Reeder, Leo (Comps.). (1998). *Manual de sociología médica* (Trad. Juan José Utrilla). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1963).
- Freidson, Eliot. (1961). *Patients' Views of Medical Practice*. Russell Sage Foundation.
- Galvin, Kathleen. (2006). What is family communication and why study it? en A. L. Vangelisti y D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 419-436). Cambridge University Press.
- Garzón, Francisco. (2011). La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales [Presentación en conferencia]. 17ª Semana de Ética y Filosofía política. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política, San Sebastián, España. <https://www.uv.es/gibuv/Roger/MedicoenfRoger.pdf>.

- Greenberg, Leslie y Goldman, Rhonda. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11750-000>.
- Habermas, Jürgen. (2001). *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Cátedra.
- Kleinman, Arthur. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.
- Jaramillo-Antillón, Juan. (2001). Evolución de la medicina: pasado, presente y futuro. *Acta Médica Costarricense*, 43(3), 105-113. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022001000300003&lng=en&tlng=es.
- Koss, John. (1954). Social stratification and medical practice. *Social Forces*, 32(3), pp. 313-320.
- Laín, Pedro. (1969). *El médico y el enfermo*. Guadarrama S.A. <https://es.scribd.com/document/258580063/el-medico-y-el-enfermo-Pedro-Lain-Entralgo-pdf>.
- Laín, Pedro. (1982). *Historia de la Medicina. El saber médico en la Antigüedad Clásica*. Salvat.
- Menéndez, Eduardo (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), pp. 9-32. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n1/9-32/es>.
- Molina-Boscán, Nancy y Molina Boscán, Nidian. (2017). La misoginia en la construcción del discurso científico en la época clásica. *Revista Estudios Culturales*, 10(19), pp. 13-25. http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/estudios_culturales/num19/art01.pdf.
- Nogueiras, Belén. (2023). *La salud en la historia del feminismo. Discursos, vindicaciones y prácticas*. Ediciones Complutense.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Doctor Patient Interaction and Communication*. Division of Mental Health. <https://iris.who.int/handle/10665/60263?show=full>.
- Oses, Alejandro y Leal, Yamal. (2022). *Cultura de salud humanizada*. Universidad de Pamplona. http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12744/5753/3/Oses_Leal_2022_PI.pdf.
- Parsons, Talcott. (1976). *El sistema social*. Revista de Occidente.
- Pinzón, Carlos; Suárez, Rosa y Garay, Gloria. (Eds). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Políticas y Experiencias*. Instituto Colombiano de Antropología Colcultura - Comitato Internazionale per lo sviluppo dei Popoli - Editorial Presencia.
- Rosen, George. (1974). *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI Editores.
- Schutz, Alfred. (1967). *The Phenomenology of the Social World*. Northwestern University Press.
- Sigerist, Henry. (1956). *Hitos en la historia de la salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Sigerist, Henry. (1959). *Historia y sociología de la medicina*. Fondo de Cultura Económica.
- Smallman-Raynor, Mathew y Cliff, Andrew. (2004). *War epidemics: An historical geography of infectious diseases in military conflict and civil strife, 1850-2000*. Oxford University Press.
- Straus, Robert. (1957). The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review*, 22(2), pp. 200-204.
- Talbot, Ian. (2014). *Medicine at war, 1914-1918*. Wellcome Trust.