



En-claves del pensamiento

ISSN: 1870-879X

ISSN: 2594-1100

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de
Monterrey, División de Humanidades y Ciencias Sociales

Villanueva, Marcia

Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un
análisis relacional a la deshumanización de la medicina

En-claves del pensamiento, vol. XVII, núm. 33, 2023, Enero-Junio, pp. 1-26

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de
Monterrey, División de Humanidades y Ciencias Sociales

DOI: <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.608>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=141175079011>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

SER PACIENTE COMO CATEGORÍA LÍMITE DE LA GALENIDAD: UN ANÁLISIS RELACIONAL A LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA
BEING A PATIENT AS A LIMIT CATEGORY OF DOCTORHOOD: A RELATIONAL ACCOUNT FOR DEHUMANIZATION IN MEDICINE

Marcia Villanueva, Universidad Nacional Autónoma de México, México

 <https://orcid.org/0000-0001-9408-6308>

Correo electrónico: marcia.villanueva@filosoficas.unam.mx

Fecha de recepción: 07/12/2022

Fecha de aceptación: 25/02/2023

Fecha de publicación: 01/04/2023

Resumen. Se presenta un análisis de la identidad de médicos y pacientes con base en la teoría sobre la construcción sionarrativa de las identidades propuesta por Lindemann. La tesis principal es que la identidad de los pacientes se construye como contraparte de la galenidad. Ésta se refiere a la identidad profesional de los médicos, constituida por narrativas socialmente compartidas que representan a estos profesionistas como individuos sobresalientes y capaces de realizar acciones heroicas o incluso sobrenaturales, llegando a veces a compararlos con dioses y superhéroes, lo que en última instancia les deshumaniza. Utilizo la noción de pareja simbólica que Serret ha propuesto para analizar las identidades de género con el fin de argumentar que, en el binomio médico-paciente, la identidad del primero es la categoría central masculinizada y la del segundo es la categoría límite feminizada, que se define como la negación de la anterior. El argumento está ilustrado con hallazgos recabados mediante técnicas de investigación etnográficas. El artículo concluye que la deshumanización de la medicina no sólo es resultado de las caracterizaciones subhumanas que los médicos hacen de los pacientes, sino que se refiere sobre todo a un fenómeno relacional que opera bajo una lógica patriarcal en el cual la deshumanización de los pacientes aparece como contraparte de la deshumanización de los médicos.

Palabras clave: paciente, galenidad, relación médico-paciente, deshumanización de la medicina, pareja simbólica, identidad.

Abstract. This article presents an analysis of physicians' and patients' identities drawing on Lindemann's theory about the socio-narrative construction of identities. The main thesis is that patients' identity is constructed as a counterpart to doctorhood. This refers to the professional identity of physicians, constituted by master narratives that represent these professionals as outstanding individuals, capable of performing heroic or even supernatural actions, sometimes even comparing them to gods and superheroes, which ultimately dehumanizes them. I use the notion of symbolic couple that Serret has proposed to analyze gender identities to argue that, in the doctor-patient binomial, the identity of the former is the masculinized central category and that of the latter is the feminized limit category, which is defined as the negation of doctorhood. The argument is illustrated with empirical data collected through ethnographic research. The article concludes that dehumanization in medicine is not merely the result of the subhuman characterizations that doctors make of patients, but rather refers to a relational phenomenon that operates under a patriarchal logic in which the dehumanization of patients appears as a counterpart to the dehumanization of doctors.

Keywords: Patient, doctorhood, doctor-patient relation, dehumanization in medicine, symbolic couple, identity.

Cómo citar: Villanueva, M. (2023). Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relacional a la deshumanización de la medicina. *EN-CLAVES del pensamiento*, 0(33), e608. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.608>



Esta obra está protegida bajo una Licencia
Creative Commons Atribución – No comercial
4.0 Internacional

Introducción

Al hablar de deshumanización de la medicina se entiende de manera intuitiva que este fenómeno se refiere al trato ‘poco humano’ que reciben los pacientes de parte de los médicos. En este artículo argumentaré que esto ocurre por la manera en que se construyen *relacionalmente* la identidad de los pacientes —es decir, el ‘ser paciente’— y la identidad de los médicos, a la que denomino ‘galenidad’. Para dar cuenta de ello, utilizaré la teoría de la construcción sencionarrativa de las identidades propuesta por Hilde Lindemann¹ y la noción de pareja simbólica desarrollada por Estela Serret² para analizar las identidades de género.

El artículo combina estas aproximaciones teóricas con resultados empíricos que recabé durante mi investigación doctoral.³ Se trata, por lo tanto, de un trabajo tipo ‘etnografía filosófica’⁴ que se construye a través de métodos de investigación cualitativa propios de las ciencias sociales, así como de referentes teóricos que provienen del ámbito filosófico. La cuestión de qué nos hace ser humanos (y, por ende, qué nos deshumaniza) es un problema filosófico de vieja data,⁵ mientras que el problema de la deshumanización de la medicina es de orden más bien empírico pues hace referencia a ciertas interacciones sociales entre médicos y pacientes. En consecuencia, un estudio filosófico de la deshumanización de la medicina amerita un análisis de esas prácticas sociales, lo que no puede conseguirse a través de experimentos mentales —como los que tanto deleitan a los filósofos analíticos— ni de introspecciones muchas veces desconectadas de la realidad —

¹ Hilde Lindemann, *Holding and Letting Go: The Social Practice of Personal Identity* (New York: Oxford University Press, 2014).

² Estela Serret, “Hacia una redefinición de las identidades de género”, *Géneros* 18, núm. 9 (2011): 71-97.

³ Marcia Villanueva, “Somos médicos, no dioses. Una etnografía filosófica sobre la deshumanización de la medicina”, Tesis del Doctorado en Filosofía de la Ciencia, UNAM, 2019.

⁴ En varios contextos se ha utilizado el término ‘etnografía filosófica’ para nombrar trabajos etnográficos que están orientados a responder preguntas filosóficas. Véase, por ejemplo, Stephen Downes, “Human-computer Interaction: A Critical Synthesis: A Philosophical Ethnography of Human-computer Interaction Research”, *Social Epistemology*, 1 (1987): 27-36. <https://doi.org/10.1080/02691728708578411>; Walter Feinberg, “Philosophical Ethnography: Or, How Philosophy and Ethnography can Live Together in the World of Educational Research”, *Educational Studies in Japan*, 1 (2006): 5-14. <https://doi.org/10.7571/esjkyoiku.1.5>; Patti Lather, “(Post)Feminist Methodology: Getting Lost or a Scientificity We can Bear to Learn from” *International Review of Qualitative Research*, 1 (2008): 55-64. <https://doi.org/10.1525/irqr.2008.1.1.55>.

⁵ Aquí no hago distinción entre humanos y personas, aunque para muchos filósofos —empezando por John Locke— sí existen diferencias entre unos y otras. Para conocer más al respecto, véase Marcia Villanueva, “Por una conceptualización holista de la deshumanización de la medicina: Reflexiones a partir de la noción de persona”, en *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México* (Ciudad de México: UNAM, 2022).

como las que cautivan a los fenomenólogos—; por el contrario, requiere sumar un componente empírico a la investigación filosófica. El trabajo de campo de la presente investigación se realizó entre 2014 y 2018 de manera híbrida: por un lado, se llevaron a cabo 26 entrevistas semiestructuradas a estudiantes de medicina y médicos profesionistas mexicanos de diferentes estados del país y, por otro lado, se realizaron observaciones virtuales en Facebook de grupos de médicos mexicanos y perfiles afines.⁶ En este artículo pongo en diálogo resultados de estas dos fuentes de investigación para fundamentar mis premisas y conclusiones.

En la primera sección del artículo presento la teoría de Lindemann antes mencionada. En la segunda sección, caracterizo el ‘ser paciente’ a partir de dicha teoría, argumentando que las narrativas que comparten los médicos suelen representar a los pacientes como seres ‘subhumanos’, lo que favorece el maltrato que muchas veces reciben. En la tercera sección del artículo recupero resultados de algunas de mis publicaciones previas para señalar que, en contraste con lo anterior, las narrativas sobre la galenidad representan a los médicos como individuos sobresalientes y capaces de realizar acciones heroicas o incluso sobrenaturales, llegando a veces a compararlos con dioses y superhéroes.⁷ Estas narrativas, que denomino ‘suprahumanas’, establecen un conjunto de expectativas con carácter normativo que en última instancia deshumaniza a estos profesionistas.⁸ Además, estas narrativas trazan una serie de semejanzas entre el ‘ser médico’ y ‘ser hombre’ que permiten sostener que la galenidad se construye como una identidad masculinizada.⁹

En la cuarta sección del artículo defiendo que las narrativas sobre ‘ser paciente’ y las narrativas de la galenidad se construyen relationalmente. Siguiendo la formulación que

⁶ Realicé ocho entrevistas a estudiantes de medicina, nueve a médicos generales y nueve a médicos especialistas; diecisésis mujeres y diez hombres. Todos ellos provenientes de once estados del país (BJ, CDMX, Chih., Dur., Edo. Méx., Jal., NL, SLP, Ver., Yuc. y Zac.); en un rango de edad de 23 a 49 años; estudiantes o egresados de doce escuelas de medicina distribuidas por todo el país, que han estudiado y/o trabajado en instituciones de salud públicas y/o privadas. Para más detalles sobre la metodología, véase Villanueva, “Somos médicos, no dioses. Una etnografía...”.

⁷ Marcia Villanueva, “Medical Training as a Transformative Experience: An Analysis on Doctorhood to Question the Professional Identity Formation Paradigm”, *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3, núm. 1 (2020): 415-434, <https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1754043>.

⁸ Marcia Villanueva, “‘Somos médicos. No dioses’. La identidad médica frente a la pandemia de COVID-19”, en *La vida emocional en la pandemia*, eds. David Fajardo-Chica y Olbeth Hansberg (Ciudad de México: UNAM, 2021), 77-101.

⁹ Marcia Villanueva, “Galendiad y masculinidad: semejanzas normativas, performativas y fenomenológicas”, *Debate feminista*. Aceptado para publicación en el volumen 67 (enero-junio 2024).

hace Serret sobre las parejas simbólicas y su aplicación a las identidades de género, argumento que ‘ser paciente’ se define a partir de la negación de la galenidad de tal suerte que, en el binomio médico-paciente, la identidad del primero es la categoría central masculinizada y la del segundo es la categoría límite feminizada. Este análisis ofrece buenas razones para sostener que la deshumanización de la medicina no sólo es resultado de las caracterizaciones subhumanas que los médicos hacen de los pacientes, sino que se refiere sobre todo a un fenómeno relacional en el cual la deshumanización de los pacientes aparece como contraparte de la deshumanización de los médicos, y que opera bajo una lógica patriarcal derivada de la Modernidad. Concluyo el artículo proponiendo que para combatir la deshumanización de la medicina es necesario deconstruir la identidad médica, pues eso liberaría tanto a los médicos como a los pacientes de la deshumanización de la medicina.

La construcción sencionarrativa de las identidades

De acuerdo con Hilde Lindemann,¹⁰ las interacciones sociales dependen de un entendimiento narrativo sobre quiénes somos nosotros y quiénes son los demás. Lo anterior está dado por un tejido de historias que constituyen nuestra identidad: algunas de ellas son ‘narrativas grupales’ que representan nuestras identidades sociales como el género, la ocupación y la raza, y otras son ‘narrativas personales’ que revelan cómo nos diferenciamos de los demás individuos que conforman los grupos sociales a los que pertenecemos.

Sólo la interacción entre personas allegadas suele estar guiada por las narrativas personales que han intercambiado a lo largo de su estrecha relación. La mayoría de las interacciones sociales, por el contrario, dependen *grossost modo* de un entendimiento basado en narrativas grupales socialmente compartidas que sirven para reconocer a los otros y responder ante ellos sin realmente saber mucho sobre la persona. La relación médico-paciente es un ejemplo de esto: este intercambio social depende principalmente de las narrativas sobre sus identidades sociales, especialmente aquellas sobre la galenidad y el ‘ser paciente’. Es en ese sentido que me propongo comprender la interacción entre médicos y

¹⁰ Lindemann, *Holding and Letting Go...*

pacientes a partir de las narrativas grupales que se comparten sobre unos y otros. Para ello será fundamental tener en cuenta que las narrativas grupales nunca son historias simplemente anecdóticas o meramente descriptivas. En ellas siempre va implícita una dimensión prescriptiva que señala quién pertenece a la categoría social representada por la historia.

Lindemann explica que los relatos que escuchamos en nuestra infancia no sólo nos enseñan los nombres de las categorías sociales, sino también las reglas sobre cómo aplicarlas a las personas. Esto concuerda con lo que ha defendido Judith Butler respecto a las categorías de identidad, las cuales, nos dice esta filósofa, “nunca son meramente descriptivas, sino que siempre son normativas y, como tales, excluyentes”.¹¹ De este modo, las narrativas grupales establecen una serie de expectativas sobre las personas, así como las actitudes y reacciones que otros tienen hacia ellas, incluyendo el trato que les dan, mediando de este modo nuestras interacciones sociales. Lo mismo sucede en la relación que tenemos con nosotros mismos: el entendimiento narrativo que tenemos acerca de quiénes somos —en tanto seres sociales e individuos únicos— nos dispone a tratarnos y a actuar de ciertas maneras.

Así pues, de acuerdo con lo que Lindemann plantea, las narrativas grupales funcionan como estereotipos o modelos ideales que, por un lado, se nos imponen a manera de expectativas y, por otro lado, emulamos de manera performativa para pertenecer a determinadas categorías sociales. Las identidades se construyen a partir de esta correlación entre lo normativo y lo performativo. Conforme actuamos y somos tratados con base en las narrativas que conforman nuestra identidad, estas interacciones sociales van produciendo nuevas historias que abonan al entendimiento narrativo de quiénes somos nosotros y quiénes son los demás.

Con base en este marco de referencia, en la siguiente sección analizaré las narrativas grupales que comparten los médicos sobre los pacientes a fin de comprender las expectativas, actitudes y reacciones que tienen hacia ellos y que los disponen a darles un trato ‘poco humano’.

Narrativas subhumanas sobre ‘ser paciente’

¹¹ Judith Butler, “Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del ‘postmodernismo’”, *Revista de Estudios de Género La Ventana*, 2, núm. 13 (2001): 33-34.

Como otros usuarios de redes sociales, los estudiantes de medicina y los médicos son ávidos creadores y consumidores de memes. Éstos han sido definidos como dispositivos cómicos de naturaleza digital que viajan por la red y buscan “relativizar y poner distancia, desde el humor, a las tensiones, malestares y conflictos de la vida cotidiana”.¹² Al igual que los chistes que se comparten a través del lenguaje oral, los memes son productos culturales que revelan el imaginario social del grupo de personas en el que provocan risa, identificación y vinculación.¹³ Los memes creados, comentados y reenviados por los estudiantes de medicina y médicos mexicanos en redes sociales, por lo tanto, nos permiten conocer el contexto sociocultural que les ha dado origen, incluyendo las narrativas grupales que estos profesionistas comparten acerca de los pacientes. Por ejemplo, el meme de la figura 1 recupera una historia frecuentemente difundida entre los médicos: la del paciente que no quiere utilizar insulina como tratamiento para la diabetes porque cree que este medicamento produce ceguera.¹⁴

Figura 1

—¿Cómo va con la insulina señor?
—...dotor yo no dejo ke mi marido se ponga lansulina porke ce ba kedar cieg...
—



¹² Esmeralda Ballesteros, “Circulación de memes en WhatsApp: ambivalencias del humor desde la perspectiva de género”, *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, núm. 35 (2016), 25. <https://doi.org/10.5944/empiria.35.2016.17167>.

¹³ Gabriel Pérez Salazar, *El meme en Internet: identidad y usos sociales* (Coahuila: Fontamara/Universidad Autónoma de Coahuila, 2017).

¹⁴ Todos los memes que se presentan en este artículo circularon en Facebook entre 2014 y 2018, periodo durante el cual realicé la etnografía virtual de mi investigación doctoral. Para más detalles, véase Villanueva, “Somos médicos, no dioses. Una etnografía...”.

Este meme reúne una serie de elementos que caracterizan el ‘ser paciente’ desde la perspectiva médica y que, como veremos en las siguientes páginas, reaparecen en varias narrativas grupales que constituyen su identidad. La historia ilustrada en este meme retrata a los pacientes como sujetos que: 1) carecen de educación (nótese la manera cómo está escrito el diálogo de la paciente en el meme); 2) tienen ideas irracionales (la insulina no produce ceguera, sino que ésta es una complicación de la diabetes); 3) toman decisiones irresponsables (no utilizar la insulina a pesar de que el médico la ha prescrito), y 4) no son competentes para hacerse cargo de su salud (pues sin el tratamiento a base de insulina, la salud del paciente diabético irá deteriorándose cada vez más). Otras narrativas grupales sobre ‘ser paciente’ recopiladas durante mi trabajo etnográfico reproducen las mismas características, como se aprecia con los siguientes ejemplos:

La inconsciencia de la gente me molesta. El diabético que no se cuidó y que ya está con insuficiencia renal terminal y ahora “sálveme, hágame algo, quíteme este dolor”, todas las complicaciones y ellos “opéreme para que vea”. Cuando tú sabes que eso ya no se puede, pues son muchos años con la enfermedad. Entonces esta parte de inconsciencia me molesta, y por eso me gusta más dedicarme a hacer estudios que dar consulta [...] A final de cuentas no estoy viviendo esa parte de mi paciente de “A ver, señor, ¿por qué no hizo su terapia?, ¿por qué no hizo su rehabilitación?, ¿está tomando su medicamento?”. O sea, no tengo que pelearme con ellos (rehabilitóloga, 42 años, Ciudad de México).

No me gusta lidiar con los pacientes, esos de: “me tomo la medicina para la diabetes sólo cuando me siento mal”, “es que no me dolió la cabeza, entonces no me tomé la medicina de la presión”, “es que mi comadre me dijo que no le diera el paracetamol al niño porque le hacía daño”. Entonces ahí es cuando tú dices: “¿para qué viene al doctor si va a hacer lo que alguien más le dice?” (médica general, 38 años, Jalisco).

Tras los grandes esfuerzos que realizas para que algo esté en su sitio (una sonda, un catéter, un parche, etc.), el paciente SIEMPRE va a hacer aquello que le has dicho explícitamente que NO haga (Recuperado de Facebook; énfasis en el original).

Estos ejemplos no se refieren a casos particulares, sino que se trata de descripciones genéricas de “la gente”, de “los pacientes”. Son, pues, narrativas grupales compartidas por médicos que, al igual que el meme anterior, retratan un estereotipo particular sobre ‘ser paciente’: el que es desobediente, incapaz de cuidarse a sí mismo y de tomar decisiones racionales (desde la perspectiva médica, por supuesto), por lo que los médicos tienen que *pelearse o lidiar* con él para que acate sus indicaciones.

En tanto establecen las expectativas, actitudes y reacciones de los médicos sobre los pacientes, estas narrativas grupales predisponen a los médicos a relacionarse de manera paternalista con los pacientes. Los ejemplos anteriores ilustran una forma de paternalismo autoritario que está basado en la expectativa (y encomienda) de conseguir la obediencia de los pacientes, lo que se traduce en distintas formas de disciplinamiento. El meme de la figura 1 ilustra un disciplinamiento basado en el castigo físico (un golpe). Las citas de arriba muestra un disciplinamiento en forma de reprimenda: “A ver, señor, ¿por qué no hizo su terapia?” o “¿Para qué viene al doctor si va a hacer lo que alguien más le dice?”. El siguiente relato muestra un disciplinamiento fundado en amenazas:

Una paciente que llegó [a la consulta de cirugía], tenía una hernia en la región umbilical y le dolía [...] El médico, sin avisarle, sin pedirle permiso, [la revisó de manera] muy brusca y la paciente ya venía con dolor, entonces [la paciente] se enojó y le dijo “es que me estás lastimando”, y el doctor le dijo “¡A ver, ¿te vas a dejar revisar, sí o no?! ¡Si no, yo no tengo tiempo para ti, eh!” (estudiante, 23 años, Ciudad de México).

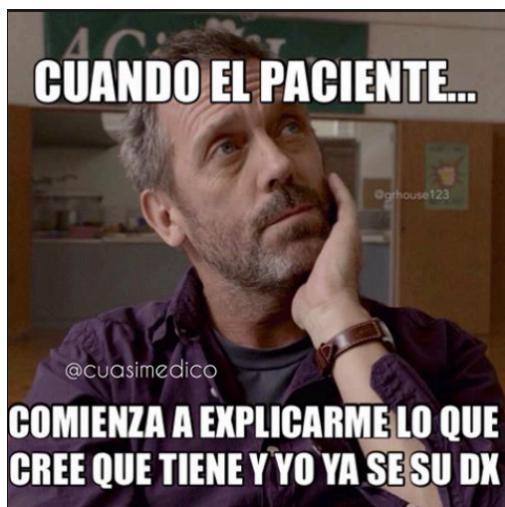
Reconocer a los pacientes a través de este tipo de narrativas grupales normaliza su maltrato tanto en los médicos como entre los propios pacientes, como exemplifican estas dos citas:

[Mis colegas] critican al paciente porque les habló para preguntarles una duda, se burlan de ellos, de que me habló para esto, me está pidiendo consulta gratis, burlándose [...] hasta lo publican en Facebook en un grupo que se llama “amigos médicos”, lo publican como sintiéndose orgullosos por lo que le contestaron al paciente (neurocirujano, 43 años, Nuevo León).

Hay un déspota, un médico muy famoso que trata muy mal a las pacientes [...] Nunca ha habido una queja contra él. En cambio, nosotras les decimos: “Miren señoras, es por su bien, es para prevenir un cáncer”, y se rehúsan a hacerse el Papanicolau. Y con él que las trata mal y las humilla y les dice de cosas, se lo hacen y ni se quejan. Entonces le digo a la enfermera: “Creo que debemos de ser más déspotas. A lo mejor nos tendrían un poquito más de respeto si las tratamos así como las trata él” [...] Ellas mismas son las que llegan y me platican: “Doctora, fíjese que este doctor nos dijo así y así”, y las señoras hasta se ríen, les hace gracia en lugar de offenderse [...] les agrada que las traten mal. De hecho, dicen que llegan y el doctor tiene su escritorio y no las quiere cerca, separa las sillas hasta la puerta del consultorio, y las reprende si hablan, o si lo interrumpen, o sea, ellas no pueden hablar hasta que él les diga (médica general, 39 años, Durango).

La otra cara del paternalismo médico es la infantilización de los pacientes, un tipo de maltrato caracterizado por tratar a un adulto como si fuera un niño.¹⁵ Como argumentaré más adelante, la infantilización constituye una forma de deshumanización porque implica negarle a una persona su capacidad de agencia, esto es, una de las propiedades que la distingue de otros animales no humanos y que le confiere autonomía y responsabilidad moral. La infantilización abarca una serie de comportamientos como tomar decisiones unilaterales, aplicar regaños, castigos y otras acciones disciplinarias similares —como hemos podido apreciar en los ejemplos presentados hasta ahora—, o bien, brindar un trato condescendiente, como ilustra el meme de la figura 2.

Figura 2



En este meme encontramos al Dr. House —protagonista de la famosa serie de televisión que lleva su nombre como título— en evidente demostración del paternalismo condescendiente: aparece escuchando con mucha tolerancia a pesar de que ya descifró cuál es el diagnóstico (abreviado como “dx” en el meme) de su paciente. Esta forma de paternalismo también está fundada en narrativas grupales que representan a los pacientes como ignorantes, irracionales, irresponsables e incompetentes, pero que preescriben condescendencia en lugar de autoritarismo. Como comentó una estudiante de medicina durante la entrevista:

¹⁵ Stephen Marson y Rasby Powell, “Goffman and the Infantilization of Elderly Persons: A Theory in Development”, *Journal of Sociology & Social Welfare* 41, núm. 4, (2014): 143. <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol41/iss4/8>.

Muchos pacientes quieren ir nomás a platicar. Me tocó ver muchos que no querían darse de alta del servicio, por más que les explicabas que ya no tenían nada que hacer ahí, te decían “no, es que quiero mi siguiente consulta” y nada más van y te platican cosas. Entonces ahí es paciencia de escucharlos, aunque realmente no estás haciendo más. O luego, que le dan vueltas a lo mismo. Por más que les dices cómo funciona o que caminar no les va a hacer mal o cualquier cosa, ellos “no, es que yo estoy segura de que lo que me hizo mal es esto”, pero por más que les explicas, pues no, ellos tienen su idea de qué es lo que estuvo mal o qué deben de hacer y pues ahí también es paciencia de volverles a explicar y buscar otra forma de convencerlos o explicarles, pero yo creo que sí necesitas tenerles mucha paciencia (estudiante, 23 años, Ciudad de México).

En este relato, la estudiante entrevistada expuso varios escenarios que podrían exasperar a un médico para enseguida presentar la paciencia como una virtud profesional de los galenos. Esta estructura narrativa se replicó en varios relatos de otros médicos entrevistados, por ejemplo:

A mí me han tocado desde los abuelitos que no escuchan [y los atiendes por] primera vez. “¿Qué medicamentos toma?”, y sacan su bolsa y te sueltan allí en el escritorio un montón de cajas, “Todo esto”. O te dicen: “¿Qué toma para su diabetes?” —“Una pastilla grande y una chiquita” — “¿Cuáles?” — “Sí, una que tiene una rayita en medio”. Pues cuál será, ¿no? O le dices: “¿La han operado de algo?” —“No”. Pero vas avanzando [en la consulta y te dicen]: “Bueno, es que nada más me hicieron dos cesáreas” —“¿Por qué le hicieron cesáreas?” —“Pues porque estaba embarazada”, y yo, ah, sí, claro. Te tomas el tiempo de explicarles: “¿Tiene alguna duda?” —“Sí, ¿por qué me va a dar eso?” Toda la media hora o los diez minutos que te hayas aventado explicándole, *no te entendieron nada, nada, nada*. Entonces sí es cuestión de tenerles mucha paciencia (internista, 37 años, Ciudad de México).

El médico está tan acostumbrado a la jerga médica, a que todo es rápido, a que el sistema no es como debería ser, en la Ciudad de México ven 30 o 35 pacientes en un turno, qué calidad de atención le das a 35 pacientes, entonces el médico es así de quiere ya salir, terminar, el que sigue, porque quiere ya acabar sus notas, acabar sus pendientes y poder irse porque tiene sus ocupaciones. Y el paciente demanda atención, *y aparte de todo tener que bajarte*, o el tener que explicar literal con peras y manzanas, a veces hay médicos que no, no se les da o no les gusta (oncóloga, 33 años, Chihuahua).

Estas citas refrendan las narrativas grupales de los pacientes infantilizados, pues apelan a su ignorancia, irracionalidad, irresponsabilidad e incompetencia como causas de desesperación en los médicos. La última cita es especialmente reveladora pues muestra que los médicos mexicanos suelen estar expuestos a muchas situaciones que pueden exasperarlos: el exceso de trabajo, la ineficiencia del sistema de salud y los pacientes que “demandan atención”. Sin embargo, el límite de su tolerancia se dibuja en tener que “bajarse” al nivel de los pacientes, lo que ofrece evidencia de que la llamada

deshumanización de la medicina no solo es efecto de las condiciones estructurales del sistema de salud —como muchos médicos arguyen—,¹⁶ sino que también es consecuencia del modo en que se construye socialmente la identidad de los pacientes.

Es por esa forma de construir el ‘ser paciente’ que, desde la perspectiva médica, el paternalismo no es una forma de maltrato, sino la base misma del “buen trato” que hay que darle al paciente. En 2014, el Dr. Alberto Lifshitz, un reconocido médico mexicano, publicó a través de la Academia Nacional de Medicina un libro en el que reflexiona sobre la profesión médica y la práctica clínica contemporánea. En esa obra expresa lo siguiente:

Han surgido para el clínico contemporáneo nuevas responsabilidades. Ya no es sólo ofrecer un diagnóstico, un pronóstico y una terapéutica. Hoy hay que explorar las expectativas de los pacientes, de modo que *si son razonables, ¿por qué no complacerlas? Y si son excesivas, acotarlas desde el principio*. Hay que satisfacer no sólo las demandas sino las necesidades de los pacientes; esto significa que hay que incluir en las responsabilidades del médico el diagnóstico de tales necesidades, lo cual es nada sencillo. El clínico contemporáneo no puede limitarse a resolver los problemas del propio paciente pues éstos inciden sobre la familia y la sociedad; la atención de un diabético, por ejemplo, no puede soslayar las recomendaciones para evitar los malos hábitos en sus hijos. *El profesional tiene que identificar qué tan competente es el paciente, no sólo para permitirle ejercer su autonomía sino para estimar su capacidad para contender con su enfermedad.*¹⁷

En estas líneas, lo que el Dr. Lifshitz propone es que darle un “buen trato” al paciente consiste en combinar el paternalismo autoritario y el paternalismo condescendiente, según requiera cada caso. En varias entrevistas encontré hallazgos similares en los que se concibe que el buen trato al paciente consiste en *complacerlo o consentirlo* desde una posición de autoridad.

El doctor estaba dando su consulta y yo estaba escuchándolo, como normalmente se enseña. La paciente no quería dejar de comer tortillas. Entonces él, en lugar de ponerse grosero como haría cualquier otro médico y decirle “es que usted se va a morir si sigue comiendo tortillas”, me volteó a ver, me guiñó el ojo para que pusiera atención, y empezó con la señora: “Es que mire, a ver, le voy a dejar comer tortilla, y ¿qué más necesita?, ¿qué comida le gusta?”, y se ponía a este tipo de situaciones. Después de que salían los pacientes del consultorio, te explicaba por qué hacía las cosas, por qué había hecho ese tipo de conductas, por qué mejor mediar con el paciente o consentirlo. De hecho, este doctor tenía muy consentidos a los pacientes (epidemiólogo, 29 años, Ciudad de México).

¹⁶ Cfr. Roberto Castro, “La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico”, en *De pacientes a exigentes* (Hermosillo: El Colegio de Sonora, 2008).

¹⁷ Alberto Lifshitz, *La nueva clínica* (Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina, 2014), 92-93, mi énfasis.

Las dos citas anteriores dan buenas razones para sostener que, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, es responsabilidad del médico autorizar (o no) a los pacientes para actuar de ciertas maneras. Esta suposición descansa sobre la idea de que los pacientes no pueden ni deben ejercer su autonomía sin tener antes el consentimiento de los doctores. Otra vez nos encontramos frente a una caracterización infantilizada de los pacientes.

A lo largo de esta sección del artículo he presentado diferentes versiones de las narrativas grupales sobre *ser paciente* que prescriben un trato paternalista de parte de los médicos. Dichas narrativas infantilizan a los pacientes, lo que constituye una forma de deshumanización en tanto que los caracteriza a partir de *capacidades menores a las que detentan la mayor parte de los seres humanos adultos*, impidiendo de este modo que se les reconozca totalmente como humanos.

En el ámbito de la psicología social se ha llamado ‘deshumanización animalista’ a aquella que se da por negación de los atributos humanos que nos distinguen de otros animales –es decir, el razonamiento y el pensamiento lógico, indispensables para el pensamiento de alto nivel, el autocontrol y la comunicación— y que corresponden con la capacidad de agencia.¹⁸ De acuerdo con este planteamiento, tal tipo de deshumanización resulta evidente cuando se comparan explícitamente a las personas con animales, plagas o criaturas salvajes, mientras que en casos menos evidentes la víctima de la deshumanización animalista es considerada como un ser irracional, impulsivo y sin responsabilidad moral. Estas teorías psicológicas son herederas de la tradición lockeana de definir la condición de persona [*personhood*] a partir de un conjunto de criterios que aluden a la agencia humana, incluyendo nuestra capacidad racional y la responsabilidad moral que tenemos sobre nuestras acciones.¹⁹

Al asentar que los pacientes actúan de manera irracional respecto a su salud, que no tienen la capacidad para hacerse responsables de sus decisiones y que, por ello, deben ser tratados con paternalismo, se convierten en víctimas de la deshumanización animalista pues

¹⁸ Nick Haslam, “Dehumanization: An Integrative Review”, *Personality and Social Psychology Review* 10, núm. 3 (2006), 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4; Omar Haque y Adam Waytz, “Dehumanization in medicine: Causes, solutions and functions”, *Perspectives on Psychological Science* 7, núm. 2 (2012), 176-186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>; Villanueva, “Por una conceptualización...”.

¹⁹ Véase Marya Schechtman, “Locke and the Psychological Continuity Theorists”, en *Staying Alive: Personal Identity, Practical Concerns, and the Unity of a Life* (Oxford: Oxford University Press, 2014), y Lindemann, *Holding and Letting go...,* 11.

se les considera (y se les trata como) menos que humanos plenamente desarrollados. Es en este sentido que las narrativas sobre ‘ser paciente’ que comparten los médicos son ‘narrativas subhumanas’ que favorecen la deshumanización de los pacientes.²⁰ En la siguiente sección expondré que, en contraparte, las narrativas grupales sobre los médicos representan a estos profesionistas de manera ‘suprahumana’, esto es, como si tuvieran capacidades superiores a las que detentan la mayor parte de los seres humanos.

Narrativas suprahumanas sobre la galenidad

En trabajos previos me he ocupado ya de analizar las narrativas que constituyen la identidad profesional de los médicos, a la cual he denominado galenidad por la costumbre de llamar galenos a estos profesionistas.²¹ En esas publicaciones he argumentado que la galenidad está constituida por narrativas grupales sobre los médicos que representan a estos profesionistas como individuos sobresalientes y capaces de realizar acciones heroicas o incluso sobrenaturales, tanto así que a veces los comparan directamente con dioses o superhéroes, como puede apreciarse en el meme de la figura 3.

Figura 3



²⁰ Esto es consistente con lo que han reportado otras investigaciones. Véase, por ejemplo, Joanne Coyle, “Exploring the Meaning of ‘Dissatisfaction’ with Health Care: The Importance of ‘Personal Identity Threat’”, *Sociology of Health & Illness* 21, núm. 1 (1999): 95-123. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.t01-1-00144>; Katarina, Swahnberg *et al.*, “Nullified: women’s perceptions of being abused in health care”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, núm. 3 (2007): 161-167. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>; y Adrianus Brüggemann *et al.*, “Abuse in health care: a concept analysis”, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, núm. 1 (2012): 123-13. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00918.x>.

²¹ Villanueva, “Medical training as...”; Villanueva, “Somos médicos. No dioses...”.

Desde el siglo XIX, la identidad médica se ha construido a través de metáforas de guerra en las que se encomienda a los galenos “combatir” las enfermedades y “salvar vidas”, al mismo tiempo que su honor se ha codificado a través del “sacrificio”.²² Como he defendido en otros espacios,²³ de estas narrativas de galenidad, fundadas en un tipo de masculinidad heroico-militar, se desprenden una serie de normas que prescriben fortaleza para los médicos. Para *ser* médico, uno debe demostrar que es fuerte en muchos sentidos. Primero, ser físicamente fuerte, esto es, ser resistente e incansable a fin de aguantar jornadas de estudio y trabajo extenuantes. La galenidad también exige ser emocionalmente fuerte pues se cree que de este modo los médicos consiguen desvincularse de los pacientes y conservar la objetividad y la racionalidad. Asimismo, las narrativas grupales de la galenidad imponen la exigencia de ser fuerte de carácter, lo que resulta necesario para el paternalismo que describí en la sección anterior y que representa lo que desde una perspectiva sociológica se ha llamado el ‘habitus médico autoritario’²⁴.

Muchas veces, estas exigencias cobran dimensiones que superan las capacidades que detentan la mayor parte de los seres humanos, o bien, ignoran nuestras necesidades y límites humanos. Por ejemplo, con las denominadas ‘guardias’ (que en períodos formativos pueden prolongarse hasta por 36 horas sin descanso y que pueden ocurrir hasta tres veces por semana) se espera que los médicos superen sus necesidades fisiológicas y sean capaces de brindar atención médica de buena calidad con privación del sueño y ayunos prolongados. Las demandas que cayeron sobre los médicos durante la pandemia de COVID-19 también tuvieron en falta reconocer la vulnerabilidad humana de estos profesionistas, su imposibilidad de ser infalibles y sus limitaciones físicas para contender con la emergencia sanitaria. Es por estas exigencias que sostengo que la galenidad está constituida por narrativas que terminan deshumanizando a los médicos, pues demandan de ellos ser más que humanos.²⁵ Se trata, pues, de ‘narrativas suprahumanas’ que preescriben una serie de normas que, a través de un honorífico sacrificio, socialmente construyen médicos con una identidad masculinizada de corte militar que, en última instancia, termina

²² Michael Brown, “‘Like a Devoted Army’: Medicine, Heroic Masculinity and the Military Paradigm in Victorian Britain”, *Journal of British Studies* 49, núm. 3 (2010). <https://doi.org/10.1086/65200>.

²³ Villanueva, “Somos médicos. No dioses...”; Villanueva, “Galenidad y masculinidad...”.

²⁴ Roberto Castro, “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (2014).

²⁵ Para un argumento ampliado sobre esto, véase Villanueva, “Somos médicos. No dioses...”.

deshumanizándolos y dando las condiciones de posibilidad para la deshumanización de los pacientes.

Las narrativas suprahumanas de la galenidad infunden en los médicos grandes sentimientos de superioridad que les confieren un sentido de derecho [*entitlement*] que performativamente se expresa no sólo a través del paternalismo, sino también mediante la machoexplicación [*mansplaining*] y otras expresiones de masculinidad vinculadas con la misología, la homofobia, la agresión, la dominación y la violencia²⁶—todas ellas presentes en casos paradigmáticos de deshumanización de sujetos oprimidos, dentro y fuera del contexto médico—.²⁷ Ese sentido de derecho y superioridad es lo que convierte a los médicos deshumanizados a su vez en deshumanizadores. Como me explicó en entrevista un médico crítico de su profesión, usando un tono sarcástico.

Yo creo que la deshumanización es el resultado de un conjunto de ideas que se han gestado a través de mucho tiempo en el que se dio a los médicos poder sobre la vida, sobre la salud de las personas [...] Eso elevó en algún momento a los médicos, los levantó del piso y nos creímos diferentes [...] Yo creo que la deshumanización vino precisamente de eso, de que pensamos que dejamos de ser humanos, y entonces trazamos una línea entre los que son médicos y cualquiera que esté atrás de esa línea, que son diferentes a nosotros, son mortales. Y los que estamos de este lado de la linea tenemos como el entendimiento de la vida y el secreto del cosmos (cirujano general, 33 años, Yucatán).

Esta cita es muy ilustrativa sobre la relación que existe entre la construcción social de una identidad suprahumana para los médicos y una identidad subhumana para el ‘ser paciente’. En ambos casos encontramos ‘narrativas no humanas’ cuya falla radica en no reconocer que las capacidades racionales que tenemos los humanos adultos y que nos confieren agencia están acotadas dentro de ciertos límites. Mientras que las narrativas subhumanas que caracterizan a los pacientes los describen con capacidades por debajo de esos límites, las narrativas suprahumanas sobre los galenos les confieren capacidades ilimitadas. En la siguiente sección exploraré la relación que existe entre estas dos identidades para argumentar que la deshumanización de la medicina no es solo resultado de las caracterizaciones subhumanas que los médicos hacen de los pacientes, sino que se refiere sobre todo a un fenómeno *relacional* en el cual la deshumanización de los pacientes aparece como contraparte de la deshumanización de los médicos.

²⁶ Para más detalles sobre esto, véase Villanueva, “Galenidad y masculinidad...”.

²⁷ Crf. Sarah Gervais (ed.), *Objectification and (de) Humanization*. (New York: Springer, 2013).

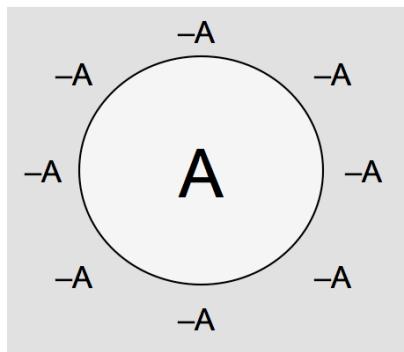
‘Ser paciente’ como categoría límite de la galenidad

La última cita de la sección anterior señala cómo se construye socialmente la identidad de los pacientes desde la perspectiva médica. La idea de que existe una línea que *delimita* lo que significa ser médico en oposición a aquellos que no lo son refiere a un orden de significación binario. Los médicos se identifican a sí mismos como miembros del grupo social de los galenos, representados por las narrativas suprahumanas que acabamos de describir, e identifican a los pacientes simultáneamente como a todos aquellos que *no* están representados por dichas narrativas, como “cualquiera que estéatrás de esa línea, que son diferentes a nosotros, son mortales”. De esta manera, el ‘ser paciente’ se construye como la *negación* de la galenidad. El paciente es *no*-médico. O lo que es lo mismo: el paciente es todo aquel que *no* tiene las capacidades suprahumanas que las narrativas sobre la galenidad confieren a los médicos.

Como explica Estela Serret, en los sistemas de significación binaria comprendemos el significado de algo en la medida en que lo distinguimos de “aquel que lo niega, que encarna sus límites y su alteridad”.²⁸ Los referentes de significación binaria están compuestos por dos elementos que existen relationalmente, es decir, que no podrían existir uno sin el otro. Sin embargo, la relación entre ambos es asimétrica, pues uno de ellos se refiere a una categoría central *A* que se define a partir de su negación, la categoría límite *-A*. Lo que definimos con estas parejas simbólicas es la categoría central *A*. En oposición a ella, la categoría límite sólo nos sirve para definir *A*, para trazar los límites de *A*, para conceptualizar *A*. Pero la categoría límite no tiene por sí misma un significado afirmativo; su significado más allá de *-A* parece ininteligible. *-A* simplemente es lo que queda fuera de *A*; es la alteridad radical. La figura 4 representa esquemáticamente la relación entre una categoría central y su categoría límite.

²⁸ Serret, “Hacia una redefinición...”, 75.

Figura 4



Estas categorías forman parejas de significados como, por ejemplo, orden-caos. En este binomio, orden es la categoría central y caos, la categoría límite, pues “de la idea de caos sólo podemos decir que se trata de la ausencia de orden, es decir, tenemos para ella una definición en negativo; pertenece al rango de la alteridad”,²⁹ de lo que *no* es *A*. Serret defiende que el género constituye una pareja simbólica de este tipo, donde lo masculino es la categoría central y lo femenino, la categoría límite. Así, lo femenino se define como lo *no* masculino: es débil porque *no* es fuerte; es emocional porque *no* es racional; es pasivo y *no* activo; es objeto de deseo y *no* sujeto deseante; es subordinado y *no* autónomo; es sumiso y *no* poderoso.

El análisis relacional de la deshumanización de la medicina que aquí planteo descansa sobre un sistema de significación binaria de este tipo, donde la galenidad se construye sobre los referentes significativos de una categoría central masculinizada y el ‘ser paciente’ se construye en oposición, sobre una categoría límite feminizada que está definida a partir de su negación. Como defendí anteriormente, los referentes significativos de la galenidad están fundados en una identidad masculina heroico-militar. De ahí que el ‘ser paciente’ se construya como su negación femenina. No es casualidad que el término ‘paciente’ comparta la raíz etimológica con el término ‘pasivo’. El latín *patiens* (sufriente, sufrido) es el participio del verbo *pati* que significa sufrir, padecer, soportar, tolerar. De ese mismo verbo también deriva *passivus*, el que sufre, el que padece, el que no actúa.

²⁹ *Ibid.*, 76.

Como es sabido, los significados del binomio masculino-femenino y de la dupla médico-paciente derivan en gran medida de la dicotomía activo-pasivo.³⁰

Aquí sostengo que ‘ser paciente’ es la categoría límite de la galenidad porque, como vimos anteriormente, las narrativas grupales sobre los pacientes definen a estos sujetos como *no*-médicos, como personas infantilizadas que *no* entienden, que *no* toman decisiones racionales y, por lo tanto, *no* pueden hacerse responsables de sí mismas. Estas negaciones se oponen a una categoría central que se define afirmativamente: las narrativas grupales sobre la galenidad definen a estos sujetos como racionales y autónomos al punto que pueden incluso determinar la (in)competencia de sus pacientes, como vimos que suscribe el Dr. Lifshitz. La figura 5 ofrece un ejemplo adicional de esta oposición, pues en este meme “lo que piensan los pacientes” se define por su condición de *no* ser médicos.

Figura 5



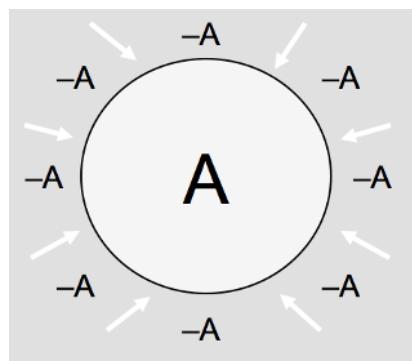
Llama la atención, sin embargo, que la negación de la galenidad no consiste simplemente en representar a los pacientes *sin* las cualidades suprahumanas conferidas a los médicos, es

³⁰ Cfr. Thomas Szaz y Marc Hollender, “A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-patient Relationship”, *AMA Archives of Internal Medicine* 97, núm. 5 (1956): 585-592; Stephen Shortell, “Occupational Prestige Differences within the Medical and Allied Health Professions”, *Social Science and Medicine*, 8, núm. 1 (1974): 1-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(74\)90003-1](https://doi.org/10.1016/0037-7856(74)90003-1); Susan Hinze, “Gender and the Body of Medicine or at Least Some Body Parts: (Re)Constructing the Prestige Hierarchy of Medical Specialties”, *The Sociological Quarterly* 40, núm. 2 (1999): 217-239. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1999.tb00546.x>.

decir, como humanos ordinarios. A lo largo del artículo hemos visto que la negación de la galenidad va mucho más allá de eso: las narrativas grupales sobre los pacientes los caracterizan de manera subhumana. La deshumanización de la medicina se refiere a la construcción de estas dos identidades a partir de ‘narrativas no humanas’, que como dije anteriormente son narrativas que no reconocen nuestra condición humana: mientras que las narrativas suprahumanas de la galenidad desestiman nuestras limitaciones humanas, las narrativas subhumanas de ‘ser paciente’ desconocen nuestras capacidades humanas.

La noción de pareja simbólica también arroja luz sobre la cuestión de por qué la negación de una identidad suprahumana se plantea como una identidad subhumana. En su exposición sobre las identidades de género, Serret explica que lo femenino es temido porque traza los límites de lo masculino. Las categorías límites son amenazantes para las categorías centrales porque delimitan sus fronteras. En la medida en que una categoría límite adquiere poder, retroceden las fronteras de la categoría central, encogiéndola, reduciéndola, poniendo en peligro su existencia, como ilustra esquemáticamente la figura 6. En las parejas simbólicas se establecen relaciones de poder a través de jerarquías para asegurar el territorio de la categoría central.

Figura 6



En el siguiente relato podemos apreciar cómo la caracterización subhumana de los pacientes se formula a partir de que la galenidad se siente amenazada.

Me desesperan los pacientes que quieren soluciones mágicas para sus problemas, como la señora que lleva toda la vida cargando sobrepeso y una vida de trabajo duro y le duelen las rodillas, y quiere que con tres tomas de una pastilla se le quite. Dices: “es que no se puede”. Y por más que uno quiera sentarse y explicarle y decirle: “oye, mira, es que no se puede

por esto, esto y esto”, hay personas que jamás te lo van a aceptar. [...] Los fumadores que les da una gripe y se les quita la gripe, pero van y se quejan porque no se le ha quitado las dos semanas después, y luego resulta que tienen 15 años fumándose media cajetilla diaria, está súper dañado de los pulmones, o sea, no se te puede quitar así nomás [...] Hay quienes jamás te lo entienden y quieren que a fuerzas los cures, y si no se les quita como ellos quieren y cuando ellos quieren, entonces el medicamento no sirve, o tú no sirves, o lo que sea. Entonces eso, los que quieren respuestas mágicas son los peores (médica general, 29 años, Jalisco).

Esta cita muestra que la médica entrevistada se siente agraviada por las exigencias suprahumanas que algunos pacientes demandan de ella (“quieren soluciones mágicas”). Esos pacientes son “los peores”, los que más la desesperan, a quienes caracteriza especialmente de manera subhumana (“jamás te lo entienden y quieren que a fuerzas los cures”). De esta manera, la médica entrevistada traza una marcada jerarquía entre ella y los pacientes, asegurando de este modo su identidad profesional, protegiéndose de la amenaza, extinguiendo el peligro que conlleva para ella el empoderamiento de los pacientes que demandan soluciones a sus dolencias.

El siguiente relato también ilustra cómo los médicos deshumanizan a los pacientes (es decir, responden con paternalismo) especialmente cuando los pacientes se presentan empoderados (es decir, cuando los médicos se sienten amenazados):

Yo trato de no crear una práctica deshumanizada de mi parte. El hecho es que el paciente a veces se pone a leer en Google su enfermedad y: “oiga, yo necesito esto, yo quiero que me haga esto, o ¿por qué no me propone esto?” Le digo: “pues es que es más importante que yo te revise y que yo decida en qué estadio está tu enfermedad y todo lo que lo rodea para darte una recomendación argumentándote las razones por las cuales no te digo lo que estás queriendo escuchar” [...] O de repente llegan a consulta y se ponen a grabar la consulta, con una grabadora, celular o lo que sea. “—Oye, ¿por qué estás haciendo eso? —No, doctor, es para entenderle bien a lo que explica. —A ver, apágalo y pregúntame todo lo que quieras, porque la manera en que entiendas es hablando conmigo, no escuchando lo que grabes de mí”. Entonces, ahí ya no sabe uno cuáles son las verdaderas intenciones del paciente, y generan esa desconfianza (oftalmólogo, 46 años, Jalisco).

Como muestra el último par de ejemplos, las categorías límites siempre representan una amenaza (latente o patente) para las categorías centrales. Por eso, para mantener un orden social opresivo y deshumanizante no basta con conferirle a una élite capacidades suprahumanas. También es necesario trazar los límites de esta categoría central a una gran distancia para reducir al mínimo su vulnerabilidad, para que el empoderamiento de los oprimidos no amenace su existencia. Cuanto más lejos se dibujen las fronteras de la

categoría límite, tanto más afianzada estará la definición de la categoría central. De ahí que, en las relaciones deshumanizantes, en oposición a las narrativas suprahumanas no se construyan narrativas humanas, sino narrativas subhumanas que colocan muy lejos las fronteras de la categoría central y, de esta manera, también legitiman y naturalizan la opresión de los deshumanizados. Para la deshumanización no basta con endiosar a un grupo social; también es necesario degradar a su contraparte, a su alteridad.

En un análisis histórico sobre el concepto de humano, Joanna Bourke³¹ argumenta que del siglo XVIII a la fecha el significado de lo humano se ha construido en torno a la imagen del hombre blanco heterosexual, dejando al margen —esto es, más allá de sus fronteras, o en los términos de Serret, en la categoría límite—, junto con el resto de los animales no-humanos, a todas las demás personas que en conjunto forman la alteridad: las mujeres, los niños, los no-europeos y todos los demás subalternos.³² Mientras que en la Modernidad se caracterizó al hombre como un ser racional, libre y autónomo, capaz de autodeterminarse, de trascender las normas culturales y de tomar decisiones con base en la maximización de sus propios beneficios³³, los miembros de grupos sociales oprimidos fueron representados por la *negación* de las capacidades que caracterizaban al hombre, esto es, como seres *no* racionales, *no* competentes para ejercer su autonomía y, por lo tanto, subordinados a los hombres superiores.

La medicina moderna se construyó bajo los mismos términos. Entre finales del siglo XIX y principios del XX, la profesión médica se definió por y para los varones blancos de clase media de aquella época que se distinguían por ser racionales, autoritarios, robustos, comprometidos con el trabajo y altamente educados.³⁴ Desde entonces, la medicina biomédica ha seguido un modelo altamente jerarquizado y generizado en el que la galenidad se construye como una identidad masculinizada y “en el que la persona que

³¹ Joanna Bourke, *What it Means to be Human. Reflections from 1791 to the Present* (Londres: Virago, 2011).

³² Bourke señala que en algunas ideologías como el Humanismo estos miembros de la categoría límite de lo humano eran más despreciados que algunos animales no-humanos. En el siglo XIX en Inglaterra, por ejemplo, las regulaciones que prohibían la crueldad contra los perros, los caballos y el ganado eran significativamente más punitivas que las leyes contra la violencia hacia las mujeres.

³³ Pensemos como ejemplos de esto al sujeto ético kantiano o el *homo economicus* del utilitarismo. Éstas son narrativas suprahumanas porque confieren al hombre capacidades superiores a las de los humanos: consideran que ese hombre tiene un poder infinito para autodeterminarse y no reconocen que está inmerso en un entorno social y que tiene una corporalidad humana que lo hace sujeto de emociones, y que está social e históricamente construido.

³⁴ Brown, “‘Like a devoted army’ ...”.

demandada la asistencia sanitaria es considerada como un ‘sujeto pasivo’ (paciente), carente de autonomía y, por tanto, incapaz de opinar y tomar sus propias decisiones informadas en lo que a su salud se refiere”.³⁵

En suma, lo que propongo en este artículo es entender la deshumanización de la medicina como un fenómeno relacional en el que la identidad de médicos y pacientes se construyen socialmente a partir de ‘narrativas no humanas’ fundadas en la lógica patriarcal de la Modernidad y que conforman una pareja simbólica. En el binomio médico-paciente, la galenidad, representada por narrativas suprahumanas, es la categoría central masculinizada, mientras que ‘ser paciente’ es la categoría límite feminizada conformada por narrativas subhumanas.

A manera de conclusión

Desde el interior del campo médico se han realizado innumerables esfuerzos por mejorar la ‘calidad de la atención’ con el fin de elevar la ‘satisfacción de los usuarios’ de los servicios de salud y, de esta manera, promover su ‘apego al tratamiento’. Tales esfuerzos están orientados a ‘capacitar’ y ‘sensibilizar’ a los médicos para que brinden un mejor trato a sus pacientes, intentando revertir la ‘crisis de valores’ que se cree que ha permeado en la profesión médica. En años recientes, la atención de mujeres y la prevención de la violencia obstétrica han recibido especial atención en este rubro.³⁶

El análisis que presento en este artículo ofrece buenas razones para señalar que esa manera de entender la deshumanización de la medicina, lejos de ofrecer soluciones, refrenda las condiciones de posibilidad de la deshumanización de los pacientes. Pensar que el problema radica en que los pacientes tienen un ‘mal apego al tratamiento’ porque se sienten ‘insatisfechos’ por la deficiente ‘calidad de atención’ que reciben sigue colocando a los médicos en una actitud paternalista frente a los pacientes. Creer que la deshumanización de los pacientes es reflejo de una ‘crisis de valores’ que puede solucionarse con la ‘capacitación’ y ‘sensibilización’ de los médicos no reconoce que la

³⁵ Norma Casal-Moros y María Alemany-Anchel, “Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu”, *Index de Enfermería*, 23, núm. 1-2 (2014): 61.

³⁶ Castro, “La Calidad de la atención...”.

deshumanización de la medicina es un fenómeno social que no puede remediararse a base de remedios individualistas.

A mi parecer, para enfrentar la deshumanización de la medicina es necesario avanzar hacia una medicina feminista, teniendo como punto de arranque la deconstrucción de la galenidad. La meta inicial debería ser conformar una identidad médica no alineada a la masculinidad y que, por lo tanto, no esté fundada en la fuerza, el autoritarismo, la agresividad y la anestesia emocional. La capacitación de los médicos para contender este problema no debería enfocarse *en principio* en brindar un mejor trato a los pacientes, sino en ‘humanizar a los médicos’, esto es, en desmantelar su autoritarismo y su sentido de derecho, los cuales están en la base del paternalismo con el que tratan a los pacientes. Mi apuesta es que –así como el feminismo libera a las mujeres de la opresión histórica a la que nos ha sujetado el sexismoy libera también a los hombres de los mandatos de la masculinidad—³⁷ una medicina feminista pueda liberar a los pacientes de los sistemas biomédicos opresivos que históricamente les han deshumanizado, y asimismo pueda liberar a los médicos de los mandatos de la galenidad que también los deshumanizan a ellos.

³⁷ Cfr. María Izquierdo, “Lo que cuesta ser hombre: costes y beneficios de la masculinidad”, en *Congreso SARE: “Masculinidad y vida cotidiana”* (Donostia: EMAKUDE, 2007).

Bibliografía

- Ballesteros, Esmeralda. “Circulación de memes en WhatsApp: ambivalencias del humor desde la perspectiva de género”. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, núm. 35 (2016), 21-45. <https://doi.org/10.5944/empiria.35.2016.17167>.
- Bourke, Joanna. *What it Means to be Human. Reflections from 1791 to the Present*. Londres: Virago, 2011.
- Butler, Judith. “Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del ‘postmodernismo’”, *Revista de Estudios de Género La Ventana* 2, núm. 13 (2001): 7-41.
- Brown, Michael. “‘Like a Devoted Army’: Medicine, Heroic Masculinity, and the Military Paradigm in Victorian Britain”. *Journal of British Studies* 49, núm. 3 (2010): 592-622. <https://doi.org/10.1086/652000>.
- Brüggemann, Adrianus, Barbro Wijma y Katarina Swahnberg. “Abuse in Health Care: A Concept Analysis”. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, núm. 1 (2012): 123-132. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00918.x>.
- Casal-Moros, Norma, y María Alemany-Anchel. “Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu”, *Index de Enfermería*, 23, núm. 1-2 (2014): 61-64. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>.
- Castro, Roberto. “La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico”. En *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, ed. María del Carmen Castro Vázquez, 17-23. Hermosillo: El Colegio de Sonora, 2008.
- Castro, Roberto. “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”, *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (2014): 167-197.
- Coyle, Joanne. “Exploring the Meaning of ‘Dissatisfaction’ with Health Care: The Importance of ‘Personal Identity Threat’”. *Sociology of Health & Illness* 21, núm. 1 (1999): 95-123. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.t01-1-00144>.
- Downes, Stephen. “Human-computer Interaction: A Critical Synthesis: A Philosophical Ethnography of Human-computer Interaction Research”. *Social Epistemology*, núm. 1 (1987): 27-36. <https://doi.org/10.1080/02691728708578411>.

- Feinberg, Walter. "Philosophical Ethnography: Or, How Philosophy and Ethnography can Live Together in the World of Educational Research". *Educational Studies in Japan*, núm. 1 (2006): 5-14. <https://doi.org/10.7571/esjkyoiku.1.5>.
- Gervais, Sarah (ed.). *Objectification and (de) humanization*. New York: Springer, 2013.
- Haque, Omar, y Adam Waytz. "Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions and Functions". *Perspectives on Psychological Science* 7, núm. 2, (2012): 176-186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>.
- Haslam, Nick. "Dehumanization: An Integrative Review". *Personality and Social Psychology Review* 10, núm. 3 (2006), 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4.
- Hinze, Susan. "Gender and the Body of Medicine or at Least Some Body Parts: (Re)Constructing the Prestige Hierarchy of Medical Specialties". *The Sociological Quarterly* 40, núm. 2 (1999): 217-239. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1999.tb00546.x>.
- Izquierdo, María. "Lo que cuesta ser hombre: costes y beneficios de la masculinidad". En *Congreso SARE: "Masculinidad y vida cotidiana"*. Donostia: EMAKUDE, 2007.
- Lather, Patti. "(Post) Feminist Methodology: Getting Lost or a Scientificity We can Bear to Learn From". *International Review of Qualitative Research* 1 (2008): 55-64. <https://doi.org/10.1525/irqr.2008.1.1.55>.
- Lifshitz, Alberto. *La nueva clínica*. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina, 2014.
- Lindemann, Hilde. *Holding and Letting Go: The Social Practice of Personal Identity*. New York: Oxford University Press, 2014.
- Marson, Stephen, y Rasby Powell. "Goffman and the Infantilization of Elderly Persons: A Theory in Development". *Journal of Sociology & Social Welfare* 41, núm. 4, (2014). <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol41/iss4/8>.
- Pérez Salazar, Gabriel. *El meme en Internet: identidad y usos sociales*. Coahuila: Fontamara / Universidad Autónoma de Coahuila, 2017.
- Serret, Estela. "Hacia una redefinición de las identidades de género". *Géneros* 18, núm. 9 (2011): 71-97.

- Schechtman, Marya. “Locke and the Psychological Continuity Theorists”. En *Staying Alive: Personal Identity, Practical Concerns, and the Unity of a Life*, 10-42. Oxford: Oxford University Press, 2014.
- Shortell, Stephen. “Occupational Prestige Differences within the Medical and Allied Health Professions”. *Social Science and Medicine* 8, núm. 1 (1974): 1-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(74\)90003-1](https://doi.org/10.1016/0037-7856(74)90003-1).
- Swahnberg, Katarina, Suruchi Thapar-Björkert y Carina Berterö. “Nullified: Women’s Perceptions of Being Abused in Health Care”. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28, núm. 3 (2007): 161-167. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>.
- Szaz, Thomas, y Marc Hollender. “A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-patient Relationship”. *AMA Archives of Internal Medicine* 97, núm. 5 (1956): 585-592.
- Villanueva, Marcia. “‘Somos médicos. No dioses’. La identidad médica frente a la pandemia de COVID-19”. En *La vida emocional en la pandemia*, eds. David Fajardo-Chica y Olbeth Hansberg, 77-101. Ciudad de México: UNAM, 2021.
- Villanueva, Marcia. “Galendiad y masculinidad: semejanzas normativas, performativas y fenomenológicas”. *Debate feminista*. Aceptado para publicación en el volumen 67 (enero-junio 2024).
- Villanueva, Marcia. “Medical Training as a Transformative Experience: An Analysis on Doctorhood to Question the Professional Identity Formation Paradigm”. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society* 3, núm. 1 (2020): 415-434. <https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1754043>.
- Villanueva, Marcia, “Por una conceptualización holista de la deshumanización de la medicina: Reflexiones a partir de la noción de persona”. En Atocha Aliseda, Cecilia Calderón y Marcia Villanueva. *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*. Ciudad de México: UNAM, 2022.
- Villanueva, Marcia. “Somos médicos, no dioses: Una etnografía filosófica sobre la deshumanización de la medicina”. Tesis del Doctorado en Filosofía de la Ciencia, UNAM, 2019.