

GALENIDAD Y MASCULINIDAD: SEMEJANZAS NORMATIVAS, DE PERFORMANCE Y FENOMENOLÓGICAS

Marcia Villanueva

Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Nacional Autónoma de México,
Ciudad de México, México

© marcia.villanueva@filosoficas.unam.mx |  <https://orcid.org/0000-0001-9408-6308>

Recibido el 29 de abril de 2022; aceptado el 22 de diciembre de 2022
Disponible en Internet en septiembre de 2023

RESUMEN: Aunque es sabido que existe una estrecha relación entre la masculinidad y la profesión médica, no se han tipificado las semejanzas que existen entre la galenidad (*i.e.* la identidad médica) y la masculinidad. A partir de una investigación cualitativa, este artículo presenta tres tipos de similitudes entre galenidad y masculinidad: normativas, de performance y fenomenológicas. Las primeras incluyen normas explícitas y tácitas, entre las que sobresale la fortaleza que exige la galenidad, fundada en una concepción heroico-militar de la masculinidad. Las afinidades de performance se refieren a la actuación de la galenidad y la masculinidad, e incluyen el merecimiento, la machoexplicación y expresiones diversas de la masculinidad tóxica. Las similitudes fenomenológicas dan cuenta de que médicos y varones coinciden en tener experiencias contradictorias. Se concluye que la galenidad es una identidad profesional masculinizada, lo que favorece la discriminación de género y el acoso sexual dentro del campo médico mexicano.

PALABRAS CLAVE: Identidad; Medicina; Masculinidad; Modelos de masculinidad; Sistemas de género; Identidad social

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Villanueva, Marcia. 2023. "Galenidad y masculinidad: semejanzas normativas, de performance y fenomenológicas", *Debate Feminista*, año 34, vol. 67, pp. 33-65, e2363, <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2024.67.2363>

DEBATE FEMINISTA 67 (2024) pp. 33-65

Año 34, vol. 67 / enero-junio de 2024 / ARTÍCULOS

ISSN impreso: 0188-9478 | ISSN electrónico: 2594-066X

e2363 | <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2024.67.2363>

© 2024 Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

MEDICAL IDENTITY AND MASCULINITY: NORMATIVE, ABOUT PERFORMANCE, AND PHENOMENOLOGICAL SIMILARITIES

ABSTRACT: Although a close relationship is known to exist between masculinity and the medical profession, the similarities that exist between medical identity and masculinity have yet to be established. Based on qualitative research, this article presents three types of similarities between medical identity and masculinity: normative, about performance, and phenomenological. The first ones include explicit and tacit norms, particularly the strength required by medical identity, predicated on a heroic-military conception of masculinity. Performance affinities refer to the enactment of medical identity and masculinity, and include entitlement, mansplaining, and expressions of toxic masculinity. The phenomenological similarities show that doctors and men coincide in having contradictory experiences. The article concludes that medical identity is a masculinized professional identity, which encourages gender discrimination and sexual harassment within the Mexican medical field.

KEYWORDS: Identity; Medicine; Masculinity; Models of Masculinity; Gender Systems; Social Identity

GALENIDADE E MASCULINIDADE: SEMELHANÇAS NORMATIVAS, DE PERFORMANCE E FENOMENOLÓGICAS

RESUMO: Embora se saiba que existe uma estreita relação entre masculinidade e profissão médica, não foram estabelecidas as semelhanças que existem entre galenidade (isto é, identidade médica) e masculinidade. Com base em pesquisa qualitativa, este artigo apresenta três tipos de semelhanças entre galenidade e masculinidade: normativas, de performance e fenomenológicas. As primeiras incluem normas explícitas e tácitas, entre as quais se destaca a força exigida pela galenidade, fundada em uma concepção heroico-militar da masculinidade. As afinidades de performance referem-se à representação da galenidade e da masculinidade e incluem o sentido do direito, a macho-explicação e várias expressões de masculinidade tóxica. As semelhanças fenomenológicas mostram que médicos e homens coincidem em ter experiências contraditórias. Conclui-se que a galenidade é uma identidade profissional masculinizada que favorece a discriminação de gênero e o assédio sexual no campo médico mexicano.

PALAVRAS-CHAVE: Identidade; Medicina; Masculinidade; Modelos de masculinidade; Sistemas de gênero; Identidade social

INTRODUCCIÓN

Históricamente existe una asociación entre masculinidad y profesionalismo: las profesiones más prestigiosas han sido aquellas dominadas por hombres (Milam y Nye 2015). Tal es el caso de la medicina moderna y otras ciencias de la salud (p. ej., la odontología) que se formaron entre finales del siglo XIX y principios del XX, las cuales fueron definidas por y para los hombres, especialmente para aquellos que pudieran encarnar rasgos idealizados de los varones blancos de clase media de aquella época: ser distinguidos, racionales, sin emociones, autoritarios, robustos, comprometidos con el trabajo, altamente educados y de mente abierta (Brown 2010).

A partir del origen moderno de estas profesiones, se excluyó a las mujeres, quienes eran vistas de manera opuesta: frágiles, emocionales, dependientes, menos comprometidas y de mente cerrada (Adams 2010).¹ No es casualidad que las primeras mujeres en transgredir estas fronteras profesionales se hicieran pasar por hombres o fueran mujeres masculinas. Ejemplos de ello son Enrique/Enriqueta Favez, la primera mujer vestida de hombre en ejercer la medicina en América (Martínez 2017), y Toupie Lowther, una mujer masculina que adquirió fama por conducir una ambulancia en la Segunda Guerra Mundial (Halberstam 2008).

En la actualidad la medicina sigue siendo un campo muy masculinizado. Persiste una notable división sexual de trabajo entre las especialidades

¹ Se sabe que desde la Antigüedad las mujeres participaron en el cuidado de la salud; muchas de ellas realizaron labores de curandería y partería, y muchas veces fueron perseguidas precisamente por ello durante la cacería de brujas de los siglos XV al XVII (Blazquez 2008). Sin embargo, aquí y a lo largo de todo el artículo me refiero a la medicina moderna, de corte científico, y otras ciencias de la salud que surgieron tras la Revolución Científica.

médicas (Hinze 1999, Davis y Allison 2013, Kwon 2017). A pesar de que en las últimas décadas ha aumentado el número de mujeres que estudian medicina,² existe poca evidencia de que esto haya transformado la cultura médica (Beagan 2000, Adams 2010, Barbaria *et al.* 2012, Hill y Vaughan 2013). Las estudiantes de medicina experimentan discriminación de género y acoso sexual de manera sistemática (Witte, Stratton y Nora 2006; Villanueva 2019; Smith-Oka 2021), y aquellas que incursionan en especialidades tradicionalmente masculinas como cirugía todavía encuentran muchos más obstáculos que los hombres y son sistemáticamente desacreditadas (Etherington *et al.* 2021, Fjortoft *et al.* 2022). Varios estudios han mostrado que los estereotipos de género están vigentes en este ámbito profesional y siguen asociando a los varones con rasgos de la masculinidad como la agresión, la competencia y la dominación, y a las mujeres con rasgos femeninos como la afectividad, la alegría y la compasión (Burgess *et al.* 2012, Tabassum y Chiesi 2017).

Los estereotipos de género pueden y deben ser cuestionados. La masculinidad y la femineidad no son clases naturales, sino construcciones sociales dependientes de una configuración de prácticas y discursos que hombres, mujeres y personas no binarias pueden encarnar de diferentes maneras, en distintos cuerpos y en grados variables. Esto quiere decir que las categorías binarias (masculino/femenino) no son las únicas expresiones de género posibles y que el cuerpo masculino no es el locus de la masculinidad (Halberstam 2008). Recientemente, los estudios sobre los hombres y la masculinidad han dado un giro en este sentido y han suscrito una postura en contra de las categorías de género binarias, así como de las llamadas “masculinidades múltiples” —*i.e.* la hegemónica, las subalternas y las marginales— por tratarse también de categorías rígidas que no dan cuenta ni de la fluidez del

² En el ciclo escolar 2020–2021, del total de alumnos de primer ingreso a la Licenciatura de Médico Cirujano en la Universidad Nacional Autónoma de México (la escuela de medicina con mayor matrícula del país), 70% fueron mujeres y 30% hombres (UNAM, 2022).

género ni de la interseccionalidad en las experiencias de los varones (Beasley 2020, Pascoe 2011).

No obstante, en la sociedad contemporánea la masculinidad sigue siendo reconocida con base en estereotipos fijos y persiste como marcadora, creadora y constructora de ventajas (Miliam y Nye 2015). Aún se asocia con poder, legitimidad y privilegio; simbólicamente se vincula con el Estado y una distribución desigual de la riqueza; representa el poder de heredar, el control de intercambio de mujeres y la esperanza del privilegio social (Halberstam 2008). Entendida de este modo, existe una clara vinculación entre la masculinidad y la profesión médica.

Hasta la fecha no existen trabajos que expliciten las semejanzas que existen entre la masculinidad y la galenidad, que es como denomino a la identidad que produce la medicina en tanto campo profesional (Villanueva 2021). Se ha documentado que las médicas adoptan la cultura masculina de la medicina y aprenden a “neutralizar” (*i.e.* masculinizar) su género a través de sus expresiones, comportamientos y vestimenta (Smith-Oka 2021, Burgess *et al.* 2012, Beagan 2000). Asimismo, muchas médicas sienten una desarticulación entre su identidad de género y su identidad profesional (Etherington *et al.* 2021, Cassell 1997). Sin embargo, ninguno de estos estudios se ha propuesto comparar la masculinidad con la identidad profesional de los médicos, sino que abordan la relación entre estas dos identidades mientras se enfocan en otros temas (p. ej. educación médica, diversidad en la medicina, estereotipos de género en la cultura hospitalaria, etcétera).

Este trabajo busca cubrir ese vacío en la bibliografía especializada. El objetivo es tipificar las similitudes que existen entre la masculinidad y la galenidad, utilizando como punto de partida el trabajo que he realizado en México para caracterizar esta última (Villanueva 2019, 2020 y 2021).

GALENIDAD: LA IDENTIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS

Denomino *galenidad* a la identidad profesional de los médicos en virtud de la costumbre de llamar galenos a estos profesionales. Se trata de una identidad social que se adquiere durante la formación profesional en medicina. Para caracterizarla, he utilizado el marco teórico sobre la construcción social de las identidades propuesto por Lindemann (2014).

De acuerdo con esta filósofa, nuestra identidad está constituida por un conglomerado de historias y fragmentos de historias que representan quiénes somos. Algunas de estas historias son narrativas grupales que constituyen nuestras identidades sociales, mientras que otras son narrativas personales que dan cuenta de cómo nos diferenciamos de los demás individuos en los grupos sociales a los que pertenecemos. Lindemann arguye que el conglomerado narrativo formado a partir de esas historias sirve como guía para la interacción social: por un lado, establece las expectativas que tienen las demás personas sobre nosotros y, por otro lado, determina el trato que nos dan.

Cuando interactuamos con una persona a quien no conocemos —es decir, de quien desconocemos sus narrativas personales—, nuestra interacción está guiada por narrativas grupales que representan identidades sociales, como la de género, ocupación o nacionalidad. Muchas de nuestras interacciones cotidianas son de este tipo: con la cajera del supermercado, el profesor de la escuela, la policía de tránsito y el médico que consultamos cuando estamos enfermos.

Como he argumentado en publicaciones previas (Villanueva 2020, 2021), las narrativas grupales sobre los médicos representan a estos profesionistas a través de epopeyas que los retratan como individuos sobresalientes y capaces de realizar acciones heroicas o incluso sobrenaturales. Algunas narrativas directamente comparan a los médicos con dioses o superhéroes. La galenidad así constituida presenta un modelo del médico ideal que debe ser emulado por el estudiantado de medicina para integrarse a un grupo social. Lindemann sostiene que

las narrativas grupales no son simplemente ilustrativas, sino que prescriben un conjunto de reglas tácitas y socialmente compartidas sobre quiénes pertenecen a determinadas categorías sociales. Esto es consistente con lo que también ha dicho Butler (2001: 33-34): “las categorías de identidad nunca son meramente descriptivas, sino que siempre son normativas, y como tales, excluyentes”.

La normatividad de las identidades sociales se expresa en la actuación de los estereotipos representados en las narrativas grupales, es decir, mediante una suerte de performance. Lindemann lo explica así:

Lo que uno expresa es, acumulativamente, su propio sentido de quién es: su identidad personal, desde la perspectiva de la primera persona. Y debido a que las identidades son construcciones narrativas, y las narrativas son siempre selectivas en lo que representan, la expresión es editada, destinada a representar solo aquellos aspectos del yo que la persona desea mostrar en un entorno particular. Es, pues, un acto, una especie de *performance* teatral (2014: 97-98, traducción de M.V.).

Muchas veces esa performance es tan habitual que ni siquiera nos percatamos de ella. Esto sucede, por ejemplo, con la performatividad de género (Butler 1997), que aprendemos a representar desde muy temprana edad. En cambio, otras veces la performance de nuestras identidades es consciente y calculada, como cuando estamos en una entrevista de trabajo o en una primera cita amorosa.³

Los hallazgos de mis investigaciones previas muestran que la fortaleza es la propiedad normativa más importante de la galenidad y que se expresa como performance mediante el carácter resistente, desvinculado y autoritario de quienes practican la medicina.

El *carácter resistente* se manifiesta al “aguantar” las arduas exigencias que conlleva estudiar medicina, por ejemplo, largas jornadas de trabajo (las denominadas “guardias”; ver Villanueva 2019) y el disciplinamiento

³ El trabajo filosófico de Lindemann sobre performance parte, en gran medida, del trabajo sociológico de Goffman (1959).

en la educación (que conlleva distintas formas de violencia; ver Fnais *et al.* 2014).⁴ El *carácter desvinculado* se refiere a la fortaleza afectiva necesaria para mantener una distancia emocional con sus pacientes en pos de la objetividad de la atención que ofrecen. Por último, el *carácter autoritario* se manifiesta cuando las médicas y los médicos actúan de este modo con pacientes e integrantes del equipo de salud. En suma, las narrativas sobre la galenidad prescriben que “para *ser* médico, uno debe demostrar que *es* fuerte: fuerte físicamente, ser resistente e incansable; fuerte emocionalmente, ser objetivo y racional; fuerte de carácter, ser autoritario” (Villanueva 2021: 92).

Estas exigencias de fortaleza son componentes normativos de la galenidad. Desde la perspectiva de género, resulta evidente que estas normas se asemejan a las exigencias que recaen en los hombres para ejercer poder y control. A partir de esta primera observación, en este trabajo me planteo profundizar en el estudio de las semejanzas entre galenidad y masculinidad.

MÉTODOS

El objetivo de la presente investigación es identificar y clasificar las similitudes entre dos *identidades sociales* que confluyen en los médicos: la galenidad y la masculinidad. Para ello, es necesario conocer las experiencias compartidas de quienes practican la profesión como tales, así como de los médicos en cuanto hombres y de las médicas en cuanto mujeres. Los grupos focales constituyen una técnica de investigación idónea para estos objetivos puesto que permiten explorar las narrativas colaborativas (Hydén y Bülow 2003), la identificación colectiva (Canales y Peinado 1995) y el sentido social de las experiencias individuales

⁴ Smith-Oka (2021) encontró que en México estudiantes de medicina utilizan el verbo “aguantar” de manera generizada: los hombres aguantan la “mano dura” de la educación médica, mientras que las mujeres aguantan la discriminación de género y el acoso sexual.

(Agoff y Herrera 2019). Además, los grupos focales tienden a cambiar el equilibrio de poder entre quienes investigan y quienes participan, por lo que son ideales para las investigaciones feministas (Smith, Bethune y Hurley 2018). Con esto en mente, realicé cuatro grupos focales en diciembre de 2021 con estudiantes de medicina y especialistas, agrupados por sexo y jerarquías (véase el cuadro 1), para hablar sobre los siguientes temas: antecedentes sobre su formación y experiencia profesional, relaciones de género dentro del campo médico, división sexual del trabajo en las especialidades médicas, vida personal *vs.* vida profesional, y el “deber ser” de los/las estudiantes en cuanto hombres/mujeres y médicos/médicas, así como sus interacciones con los diferentes niveles de jerarquía médica.

CUADRO 1. POBLACIÓN PARTICIPANTE EN LOS GRUPOS FOCALES

<i>Grupo</i>	<i>Población</i>	<i>Participantes</i>
1	Estudiantes hombres de 23 a 25 años, procedentes de cinco escuelas de medicina (públicas y privadas) y de seis entidades federativas (Chiapas, Ciudad de México, Durango, Jalisco, San Luis Potosí, Sonora).	6
2	Especialistas hombres de 42 a 58 años, con práctica pública o privada, de tres entidades federativas (Ciudad de México, Guerrero, Jalisco).	3
3	Estudiantes mujeres de 20 a 24 años, procedentes de cinco escuelas de medicina (públicas y privadas), de cinco entidades federativas (Chiapas, Ciudad de México, Nuevo León, Sinaloa, Tabasco).	6
4	Especialistas mujeres de 41 a 58 años, con práctica pública o privada, de cuatro entidades federativas (Ciudad de México, Durango, Nuevo León, Sinaloa).	5

Fuente: elaboración propia.

Debido a la pandemia por COVID-19, los grupos focales se realizaron mediante la plataforma Zoom. Esto supuso una ventaja al permitir la participación de personas de diferentes entidades del país, de modo que los resultados de esta investigación no se limitan a un área geográfica o una institución (educativa o médica) particular, sino que abarcan de manera extensa el campo médico mexicano. Los grupos quedaron registrados en video, previo consentimiento de las y los participantes, para su transcripción, codificación y análisis. Este último proceso se enfocó en identificar las representaciones simbólicas y las prácticas de lo masculino relacionadas con ser médico.

SIMILITUDES ENTRE GALENIDAD Y MASCULINIDAD

Se presentan tres categorías de similitud entre la galenidad y la masculinidad: normativas, de performance y fenomenológicas.

Similitudes normativas

Normas explícitas. Identifico dos normas explícitas en las que coinciden la galenidad y la masculinidad: una sobre cómo nombrar a quienes practican la medicina y otra sobre el uso de uniformes durante la formación profesional.

Respecto de la primera, una de las estudiantes comentó: “Me acuerdo de un día, haciendo una presentación en la computadora, escribí ‘cirujana’, y lo marcó como mal, le puse corregir y puso ‘cirujano’ [...] Siento que esas cosas definen tu trayectoria académica” (estudiante, mujer, 21 años, CDMX). Se trata de una norma lingüística explícitamente masculina que suele cumplirse sin cuestionamiento. Las médicas especialistas se refieren a sí mismas como médicos (p. ej. “soy médico anestesiólogo”; especialista, mujer, 48 años, CDMX), y los médicos especialistas y los estudiantes varones se refieren a las médicas de igual forma (p. ej. “mi esposa también es médico y ella es cirujano”; especialista, hombre, 43

años, Jalisco). Excepciones en el cumplimiento de esta norma lingüística se encontraron en el grupo de estudiantes mujeres, en el que varias participantes se referían a sí mismas como *médicas*.

La segunda norma explícita se refiere al uso del uniforme, un símbolo de gran importancia para la construcción de ciertas identidades sociales. Desde el pregrado hasta la especialización, estudiantes hombres y mujeres deben utilizar un uniforme conformado por ropa blanca y bata. Una de las *médicas* especialistas comentó sobre este punto: “Como jefa de enseñanza, te tengo que exigir que traigas el uniforme impecable y los zapatos boleados [...] presentarte limpio, con tus uñas cortas, tu cabello limpio, las barbas estilizadas” (especialista, mujer, 51 años, Durango).

Aunque estas normas podrían parecer neutrales respecto al género, no lo son. Smith-Oka (2021) argumenta que el uniforme médico evidencia que no se considera que los cuerpos femeninos pertenezcan a los espacios médicos, pues usar ropa blanca durante la menstruación es particularmente inconveniente. También existen datos que sugieren que la transparencia del uniforme blanco ha sido motivo de acoso sexual.⁵

Los intentos por neutralizar el género implican remover lo femenino, es decir, masculinizar (Halberstam 2008, Beagan 2000). Por ello, las expresiones femeninas en la vestimenta y el arreglo personal sirven como base para el descrédito *entre los médicos*, como puede apreciarse con este comentario:⁶

Tenía una compañera que iba a las guardias con unos tacones del 11, súper arreglada, y yo decía: ¿de dónde saca tiempo? [...] Ahorita por la

⁵ En un *space* sobre la misoginia en el campo de la salud en México, una *médica* comentó: “Yo recuerdo a mis compañeros [varones] esperando en la entrada de la facultad para ver qué mujer entraba, cómo se veía su pantalón blanco, si era transparente o no” (Colectivo *Médicxs en Formación* 2022).

⁶ Frente a pacientes, el uso de tacones es más bien un dato de jerarquía de las *médicas* sobre las enfermeras (Tabassum y Chiesi 2017).

pandemia tenemos que hacerlo más práctico [...] traer unos tenis porque vas a estar miles de horas de pie, siempre y cuando te veas presentable [...] Hay momentos para traer tacones y momentos para traer tenis (especialista, mujer, 51 años, Durango).

Existen muchas razones por las cuales una jefa de enseñanza no solo podría admitir, sino incluso preferir que sus estudiantes utilicen tenis durante las rotaciones en los hospitales. Mientras que algunas de esas razones son prácticas (“vas a estar miles de horas de pie”), otras están más bien relacionadas con el orden simbólico de género que vincula los tacones con lo femenino, lo cual subyace al descrédito de las médicas que los utilizan. Así, los tacones se relacionan con un tipo de feminidad no admisible en la profesión médica: del mismo modo que no se permite a los estudiantes varones el uso de aretes y el pelo largo (Castro y Erviti 2015: 56), el descrédito de las mujeres “súper arregladas” y que usan tacones es una forma de disciplinar la imagen corporal que deben proyectar los galenos. En este gremio se admite una feminidad “neutralizada” (con tenis), lo que implica remover lo femenino (los tacones). Es en este sentido que la preferencia de la jefa de enseñanza de los tenis conjugada con su descrédito fundado en el uso de tacones muestra una afinidad simbólica entre la galenidad y la masculinidad.

Normas tácitas. Los hallazgos de la presente investigación reafirmaron que la fortaleza es la principal propiedad normativa tácita de la galenidad y que es reconocida como una identidad heroica, casi divina. Una urgencióloga dijo que para ella ser médica “es como ser un superhéroe”, mientras que un cirujano cardiorotorácico describió esta profesión “como una oportunidad de dar vida, de ser un faro en la oscuridad [...] para todos los que puedan estar a tu alcance”. Este tipo de narrativas constituyen discursos de masculinidad heroica (Brown 2010).

Asimismo, constaté que la educación médica está dirigida a crear la fortaleza que demanda la galenidad: “Veo [la carrera de medicina] como un mar con olas, tienes que ir aguantando cada una de las olas, primero académicas y luego clínicas y guardias y desveladas y luego el

estrés, entonces también te haces fuerte” (estudiante, mujer, 23 años, Nuevo León).

La exigencia académica, la competencia y la cultura masculina tienen la función de crear un *carácter resistente* en las y los futuros médicos, quienes enfrentan diversos desafíos para probar su idoneidad como galenos. Estos rituales de paso incluyen experiencias como la siguiente:

Era mi primera guardia y yo no sabía ni cómo funcionaba el hospital [...] A las tres de la mañana un paciente cae en paro, nos toca hacer RCP [reanimación cardiopulmonar], ya era un paciente [muy enfermo], casi de noventa años. Me toca dar RCP a mí [...] Desgraciadamente no salió del paro el paciente y recuerdo que esa guardia fue así de no sé cómo sentirme con esto [...] ya se fue su vida en mis manos (estudiante, hombre, 23 años, Jalisco).

Este caso ilustra una experiencia aleccionadora para el estudiante: el objetivo *real* de asignarle la RCP no era reanimar al paciente, sino exponerlo ante la muerte de una persona cuya vida aparentemente dependía de él.⁷ Los y las estudiantes de medicina han sido históricamente expuestos/as a este tipo de experiencias, por ejemplo, con la disección de cadáveres (Kelly 2017), para que desarrollen el *carácter desvinculado* que exige la galenidad, que es una forma de “neutralidad afectiva” o “nulidad emocional” ampliamente difundida entre la profesión médica (Underman y Hirshfield 2016) y que constituye una forma de masculinización (Babaria *et al.* 2012; Smith, Bethune y Hurley 2018). La norma de “ser fuerte” tiene particularidades, como podemos apreciar a continuación:

Yo no diría que el carácter del médico es un carácter fuerte. Creo que somos muy tranquilos, muy humanistas. Somos un poquito insensibles,

⁷ Al tratarse de la primera guardia del estudiante, cabe suponer que los médicos le encargaron que realizara RCP convencidos de que el paciente no tenía posibilidades de ser reanimado; de lo contrario, hubieran asignado esta tarea a alguien experimentado.

controlamos un poco más los sentimientos [...] Tenemos un carácter fuerte para ir luchando por lo que se proponga. Conozco una compañera pediatra, que no se ha casado, y es de carácter fuerte, pero no tanto como agresiva, sino tratando de imponer su forma de pensar [...] Creo que [los médicos] sabemos dirigir, que es algo muy importante y que es muy diferente a tener un carácter fuerte (especialista, hombre, 58 años, Guerrero).

Esta cita muestra que para la galenidad es necesario ser fuerte en el sentido de ser “un poquito insensibles” (carácter desvinculado), de “ir luchando por lo que se proponga” (carácter resistente) y de “imponer su manera de pensar” (carácter autoritario), pero que no está bien ser fuerte si eso implica agresividad. Esto quiere decir que la fortaleza que exige la galenidad oscila entre límites de masculinidad admisibles, y que a su vez se opone a rasgos de la identidad de género femenina.

En la cita previa, el doctor especifica que su compañera “no se ha casado”. Desde la perspectiva sexista de este médico, hay una oposición entre la identidad de género de su compañera —que exige un rol de madrespasa— y su identidad profesional —que es masculina. Es posible apreciar esta misma oposición entre rasgos de feminidad y galenidad en el siguiente comentario de una médica intensivista: “Dice la doctora E que las pediatras son muy lindas, pero será ella, porque la verdad es que yo tengo amigas pediatras que son muy lindas con sus pacientes, definitivamente son adorables, pero son fuertes, son también mujeres fuertes” (especialista, mujer, 58 años, CDMX). En este caso, ante el comentario de que las pediatras “son muy lindas”, la médica intensivista se ve en la necesidad de aclarar “*pero* son fuertes”, como si una cualidad estereotipada como femenina se opusiera *de facto* a la galenidad.

La discriminación contra las médicas en ciertas especialidades, consideradas *más* masculinas que las demás, como cirugía y traumatología, está ideológicamente fundada en esta oposición entre feminidad y galenidad, como se ilustra a continuación: “En los hospitales, no puedes entrar a una cirugía de trauma porque eso es de hombre, a las mu-

eres no les hablan, tienes que tener la fuerza de un varón” (estudiante, mujer, 24 años, Tabasco).

La exigencia de fortaleza tiene la función de excluir no solo a las mujeres, sino también a los varones débiles. Se ha documentado que históricamente los médicos han tenido criterios de admisión a su profesión que sirven para marginar tanto a las mujeres como a los varones que no pertenecen a cierto tipo (Nye 1997). El siguiente relato ilustra este punto:

Estamos a media guardia, son las dos de la mañana, y una de mis compañeras dice “ya estoy muerta, ya no puedo más”, y mi residente [jefe] le dice “vete a descansar” [...] y a mí: “no, tú síguete trabajando, a darle”. ¿Por qué ella sí y yo no? No por ser hombre voy a aguantar más que ella (estudiante, hombre, 25 años, San Luis Potosí).⁸

Aquí, el residente considera que la estudiante mujer no tiene la fuerza necesaria para seguir trabajando, por lo que puede retirarse a descansar. Por su identidad de género, se le excluye del grupo de los superhéroes, de los galenos que sí pueden con esa carga laboral. En cambio, a su compañero varón le exige seguir trabajando pues, por ser hombre, se espera que cumpla con las normativas impuestas por la galenidad, lo que presupone una consistencia entre identidad de género e identidad médica. La norma de fortaleza excluye de entrada a las mujeres y, en segundo término, excluye a los hombres que no tienen la fuerza que exige la galenidad. Esto confirma que “las masculinidades heroicas se basan fundamentalmente en la marginación de las masculinidades alternativas” (Halberstam 2008: 23).

La masculinidad heroica de la galenidad se construyó en el siglo XIX como una masculinidad militar que recuperó las metáforas de la guerra para “combatir” las enfermedades y “salvar vidas”, y a la vez

⁸ Residentes son quienes que están estudiando una especialidad médica (también denominada residencia).

codificó el honor de los médicos a través del sacrificio (Brown 2010).⁹ Esto sigue vigente, como muestra la siguiente cita:

Parte de desarrollar el carácter [del médico] es la responsabilidad. Si tu horario dice que [tu turno] termina a las tres de la tarde, pero la cirugía es tan larga que empezó desde la mañana y se termina hasta las nueve de la noche, pues ese es el carácter que hay que desarrollar: anteponer al paciente, al enfermo (especialista, hombre, 43 años, Jalisco).¹⁰

Es a través de la narrativa del sacrificio y la recompensa de vencer a la muerte que la fortaleza de la galenidad forja un carácter masculino de corte militar, lo que permite comparaciones como la siguiente: “Muchos de mis colegas que tienen especialidades quirúrgicas son un poquito más... no difíciles, sino un poquito más... yo le digo a una compañera que tiene voz de sargento” (especialista, mujer, 54 años, Nuevo León).

Las similitudes normativas entre la galenidad y la masculinidad militar también residen en cómo se exige la obediencia a las normas. Es sabido que, como la milicia, la medicina es un espacio altamente jerarquizado y muy disciplinario (Villanueva y Castro 2020), y que esas jerarquías obedecen al orden de género (Hinze 1999). Un estudiante lo expuso así:

Yo estoy en un grupo militarizado desde los 13 años y ahí son las jerarquías igual [...] Entonces [la enseñanza en hospitales] no me pegó mucho, esta parte de que el [residente] me dijera “necesito que me saques todos los pendientes y hagas todos los ingresos, yo voy a ir a comer y al

⁹ “Medical practitioners [...] certainly did liken themselves to soldiers, fighting and dying in the face of disease [...] sought to appropriate the ‘symbolic capital’ of martial heroism and intrepid masculinity” (Brown 2010: 19).

¹⁰ Véase Villanueva (2021) para un análisis de la galenidad frente a la pandemia por COVID-19 en el que se discute la idea de que la medicina tiene una función social de combate cuya misión es salvar vidas.

rato te mando mensaje para ver cómo vas”. A mí no me pegó porque en el grupo militarizado viví eso, para mí era bastante común. Pero a muchos compañeros [médicos] sí les pega que no haya ciertos derechos humanos [...] Mucho es como disciplina militar [...] Si tú platicas con cualquier ser humano con una vida normal y le dices “el tiempo que más me he quedado en el hospital son 38 horas”, te dice “eso es inhumano”. [Pero] entre nosotros [los médicos], decimos “no, eso no es nada, yo lo más que me he quedado son 72 horas seguidas y sin comer y sin dormir”. Entonces, ¿de qué se trata, de ver quién sufre más? (estudiante, hombre, 25 años, Chiapas).

Aquí apreciamos cómo la galenidad y la masculinidad militar se acoplan en torno a una competencia por ocupar una posición de poder en las jerarquías médicas vinculada simbólicamente al sacrificio. De este modo, las normas de fortaleza de la galenidad se traducen en una aguerrida competencia que un estudiante varón describió, apelando nuevamente a la metáfora de la guerra, como una “batalla de egos” (estudiante, hombre, 23 años, Jalisco).

Similitudes de performance

Para identificar las similitudes entre la performance de la galenidad y la masculinidad es necesario reconocer, en primer lugar, las asimetrías que existen entre la performance masculina y la femenina en una sociedad dominada por varones.

En su estudio sobre *drag kings*, Halberstam (2008: 261) notó que las representaciones de los hombres blancos se refieren constantemente “al aspecto no-absurdo de la masculinidad, a la idea de que la masculinidad ‘simplemente es’, mientras que la feminidad se basa en lo artificial”. Por esta definición generalizada de la masculinidad del hombre blanco como ‘natural’, la teatralidad de los *drag kings* que imitan varones blancos se basa en la contención y la mesura, en presentarse de forma llamativamente discreta, solemne y seria. Es ese tipo de performance masculina medida la que muchas veces aprenden a actuar las mujeres

dentro de la medicina, como muestra esta cita: “[Un profesor] me decía ‘¡pero no vayas a llorar!, eso te hace una niña débil’ [...] lo que hizo es que mi personalidad se volvió seria: no hablaba [...] tenía que estar ‘sí, doctor’” (estudiante, mujer, 23 años, Nuevo León).

La performance de la galenidad basada en esa masculinidad contenida, seria y solemne resulta deseable entre los médicos. En cambio, se repudia la galenidad que actúa masculinidades demasiado teatrales, que suelen ser representadas por hombres no blancos, como el “rapero negro, malo y pandillero, que pregona a gritos su masculinidad [y] se convierte en un símbolo útil de la misoginia del hombre” (Halberstam 2008: 261). Las estudiantes de medicina también identificaron este tipo de masculinización: “Como mecanismo de defensa, te tienes que rebajar al nivel de ciertos hombres que topas en la carrera y tienes que ser igual de violenta, igual de grosera, responder de la misma forma en la que te tratan, y sobrevivir y que ya no te molesten” (estudiante, mujer, 21 años, CDMX).

Para no ser hostigadas (*i.e.* para ser aceptadas como un miembro más del grupo social de los galenos), las mujeres deben masculinizarse actuando la galenidad, volviéndose ya sea serias o violentas. A continuación se presentan las similitudes de performance de estas dos variantes de la galenidad con la masculinidad.

La performance del galeno ideal. Es aquella del médico serio, respetuoso y solemne. Incluye el merecimiento (*entitlement*) y la machoexplicación (*mansplaining*).

Los médicos adquieren un sentido de merecimiento a través de las narrativas heroicas de la galenidad, el cual se refuerza conforme van ganando poder sobre pacientes y subalternos/as, como explicó un estudiante:

Están las jerarquías médicas, que el jefe de servicio se friega al médico adscrito, y este [a su vez] al R4 [residente de cuarto año], el R4 al R3 [residente de tercer año], el R3 al R2, el R2 al R1, y el R1 al interno [estudiante de quinto año] [...] Es interesante cómo nosotros [estudiantes]

nos seguimos con eso, así de “no importa tu palabra porque tú eres estudiante de cuarto año” (estudiante, hombre, 25 años, Chiapas).

Si se “friegan” unos a otros en esta escalera jerárquica es, en parte, porque se sienten con el derecho a hacerlo, como ocurre con los hombres ante las mujeres y con los hombres blancos heterosexuales ante varones distintos a ellos. Entre los médicos, ese merecimiento debe actuarse con respeto y humildad para encarnar una galenidad ideal, lo que implica también reconocer la superioridad de quienes están por encima en las jerarquías.

El sentido de merecimiento capacita a los médicos para ejercer su profesión más allá de sus competencias, aunque no cuenten con la formación académica, la autorización legal ni el aval institucional. Un pediatra relató que en el hospital donde trabaja no hay subespecialistas en neonatología y que ellos, los pediatras, “estamos *entre comillas* manejando una unidad de cuidados intensivos neonatales, que no somos neonatólogos, pero alguien lo tiene que hacer” (especialista, hombre, 58 años, Guerrero). Lo que aquí se presenta con orgullo, bajo otra perspectiva podría considerarse un caso de usurpación profesional, pues, de acuerdo con lo que relató, el pediatra no advierte sus límites profesionales y lleva a cabo medidas terapéuticas de subespecialidad sin contar con la certificación necesaria para ello.

El merecimiento también reluce en la machoexplicación, término adjudicado a Solnit (2018) por su ensayo *Los hombres me explican cosas*, y que se refiere a una forma de comunicación condescendiente dirigida a las mujeres por parte de los hombres, basada en el hecho de que los hablantes masculinos asumen que tienen más conocimiento que las mujeres con las que se comunican. Aunque este término presupone una comunicación de hombres a mujeres, también se reproduce en otras relaciones jerárquicas generizadas en las que el hablante asume que tiene mayor conocimiento que su interlocutor o que su opinión vale más. Esto es muy frecuente con los médicos y, en especial, con los cirujanos. Comparando cirugía con otras especialidades médicas, un estudiante comentó: “Los cirujanos siempre quieren tener la razón,

siempre van a opinar, a aportar algo, aunque nadie les haya preguntado” (estudiante, hombre, 25 años, Sonora).

El merecimiento que subyace a la machoexplicación en los galeños los predispone a opinar siempre, a responder todas las preguntas y abusar del uso de la palabra. Este fenómeno fue muy notorio en los grupos focales: los estudiantes que iban en años más avanzados de la carrera acapararon el discurso y aleccionaron a sus compañeros. En los grupos de especialistas, aquellos con especialidades de mayor prestigio (p.ej. cirugía y medicina intensiva) participaron de manera más activa y por mucho más tiempo que los médicos de menor prestigio (p.ej. pediatría y anestesiología).

La interacción de los médicos especialistas conmigo también arrojó datos sobre su sentido de merecimiento. Yo ocupé una posición subalterna en el campo médico por diversos motivos: soy mujer (*vs.* hombre), médica general (*vs.* especialista) y me dedico a la investigación (*vs.* la clínica). Las médicas especialistas actuaron su merecimiento de manera mucho más mesurada y discreta que sus pares varones. Para legitimar o imponer su opinión, antepusieron alguna frase como “lo que siempre les digo a mis residentes y a mis internos es...”. Con estas figuras retóricas reafirmaban su posición jerárquica dentro del campo médico como agentes con poder y autoridad y, a la vez, nos aleccionaban a las demás, pero de manera velada y respetuosa.

En cambio, los especialistas varones exhibieron mucho más su sentido de merecimiento, pues en ellos se combina su virilidad con la galeñidad. Por ejemplo, en un par de ocasiones, después de que yo hiciera una intervención para dirigir la discusión hacia temáticas relevantes para mi investigación, uno de los médicos especialistas tomó la palabra para plantear una cuestión que no estaba relacionada con lo que yo había dicho; los demás participantes respondieron a él y no a mí. Asimismo, después de que yo mencionara el concepto de currículum oculto (Hafferty 1998) para traer a la discusión la distinción del currículum formal de las escuelas de medicina y lo que se aprende a través de las interacciones sociales que ocurren fuera del salón de clases, un urólogo intervino con este comentario:

El currículum oculto realmente no es oculto, cada escuela de medicina es elegida [...] Tú sabes perfectamente qué características va a tener la UNAM, sabes cuál va a tener el Politécnico, sabes perfectamente las características de los estudiantes de La Salle y así puedes seguir con cualquier universidad. El currículum oculto no es oculto (especialista, hombre, 42 años, CDMX).

El sentido de merecimiento que resulta de la combinación de galenidad y masculinidad en los médicos varones genera una cultura masculina propicia para el acoso sexual de las estudiantes que he documentado en publicaciones previas (Villanueva 2019) y que se ilustra con el siguiente comentario:

Bueno, yo les voy a platicar. Cuando estaba en la residencia, compartía departamento con otro residente; en el hospital que él estaba sí había mucho juego de a ver quién levantaba más. Incluso había reglas: les decían que las internas son para los residentes y las enfermeras para los internos [...] El que es más galán, sí tiene su prestigio ahí. Yo tuve mi etapa de ligar y yo sé que era una autoafirmación de la virilidad de uno [...] Coqueteé con varias y luego ya se me quitó la cosquillita (especialista, hombre, 43 años, Jalisco).

Esta cultura de objetivación y acoso sexual de los subalternos no se puede explicar solo como una expresión de la masculinidad, sino que es producto de las semejanzas y alianzas de la performance de esta identidad de género y la galenidad. Por eso, cuando pregunté en el grupo focal de los especialistas varones qué hacen las mujeres cuando entran a esta cultura en especialidades como cirugía y traumatología, me respondieron así:

Dr. M: Hacen exactamente lo mismo, o sea, las doctoras puede tener las mismas posibilidades con enfermería, las mismas posibilidades con internos.

[...]

Yo: ¿Entonces las mujeres entran en esta competencia masculina de “levantar”?

Dr. M: Sí, definitivamente.

Si las mujeres en posiciones de poder dentro del campo médico actúan de la misma manera que los varones es porque su galenidad las predispone a actuar un merecimiento generizado.

Para los médicos especialistas participantes en esta investigación, estas conductas son parte de una competencia lúdica no violenta que incluso “te puede llevar a una situación mayor; yo conocí a mi esposa como residente, estoy muy orgulloso de eso” (especialista, hombre, 42 años, CDMX). Para ellos, “el acoso [sexual] ya es otra cosa, [que] también sucede” (especialista, hombre, 43 años, Jalisco) y es parte de la performance de la galenidad que está relacionada con lo que en otras publicaciones he denominado el carácter maligno de la galenidad (Villanueva, 2020).

La performance del galeno maligno. Es aquella del médico que prueba su fortaleza más allá de lo deseable (según los propios médicos) y actúa, en consecuencia, de modo malhumorado (“de las que gritan y de las que imponen”; especialista, mujer, 54 años, Nuevo León), deshonesto (“hay médicos que hacen procedimientos que los pacientes no los necesitan”; especialista, hombre, 43 años, Jalisco) y totalmente insensibilizado (“apostaban qué paciente se moría primero”; estudiante, hombre, 25 años, Chiapas).

La performance de carácter maligno suele ser reprobada por los demás médicos porque se opone al galeno heroico y genera mucha desilusión entre los estudiantes:

Me acuerdo de una vez que había examen de histología y [los compañeros] nos dijeron como una hora antes [...] Hay compañeros que se borran las tareas de los correos. Se da mucho el sabotaje. Y te das cuenta que se supone somos humanistas, somos éticos, y pues los humanistas me están apuñalando por la espalda, los éticos y los empáticos me están apuñalando (estudiante, hombre, 23 años, CDMX).

El carácter maligno de los galenos tiene similitudes con expresiones de la masculinidad tóxica que se actúan a través de la competencia agresiva, la dominación de otros, la misoginia, la homofobia, el consumo de alcohol, la legitimación de la violencia y el abuso de poder. Aquí un ejemplo:

El cirujano siempre va a ser el “pirujano” [...] Igual los traumatólogos. La otra vez me tocó uno que me dijo: “Qué bueno que entras tú [a cirugía]”, en lugar de mi compañera, y se siguió con comentarios machistas: “las mujeres deberían trabajar en la CEYE [Central de Equipos y Esterilización] doblando batitas” (estudiante, hombre, 23 años, Zacatecas).

Harrington (2021) ha propuesto que la comunidad feminista no utilice la frase “masculinidad tóxica” en espacios académicos, pues no existe una definición clara del concepto y más bien se ha utilizado para condenar ciertas masculinidades marginadas, a la vez que deposita la responsabilidad de la desigualdad de género a nivel individual, en los “hombres malos”. Los hallazgos de esta investigación muestran un escenario distinto: la masculinidad tóxica (*i.e.* aquella especialmente vinculada con la agresión, la dominación, la violencia, la misoginia y la homofobia) se asocia especialmente con los galenos de especialidades prestigiosas, como cirugía, y se construye socialmente mediante ciertas normas y pautas de comportamiento compartidas por todos los agentes del campo médico. Estos datos indican que la masculinidad tóxica no es simplemente un atributo individual de ciertos hombres, sino que —como todas las expresiones de género— se trata de una construcción social.

Kalish y Kimmel (2010) han sugerido que la masculinidad tóxica responde a un merecimiento agraviado (*aggrieved entitlement*). Por su parte, Viveros (2007: 32) ha propuesto que estudiemos expresiones misóginas como las de la cita anterior como *resistencias masculinas* al cambio social obtenido por la lucha feminista, es decir, como un tipo de “defensa reaccionaria de un orden de género ‘natural’ que se perci-

be amenazado por la emancipación de las mujeres”.¹¹ En el contexto actual, dichas expresiones no descansan simplemente en un presupuesto de desigualdad entre los sexos, ni en la perpetuación de un orden patriarcal perenne, sino que se trata de *reacciones* al cuestionamiento de ese orden y a las demandas de igualdad defendidas por el feminismo. Por lo tanto, la llamada *masculinidad tóxica* deberá entenderse como una reacción social, particularmente en el campo de la medicina, donde especialidades como cirugía y traumatología se *resisten* a la incorporación de las mujeres, en un contexto en el que el número de mujeres que estudian medicina ha aumentado a pasos agigantados en los últimos cuarenta años (Etherington *et al.* 2021, Fjortoft *et al.* 2022).

Similitudes fenomenológicas

La galenidad y la masculinidad también tienen similitudes fenomenológicas, es decir, en la manera como médicos y varones experimentan estas identidades sociales. Por un lado, el sentido de merecimiento que producen estas dos identidades se traduce en experiencias de gozo mediadas por el orgullo, una emoción social que fortalece la autoestima y es el resultado de logros individuales (Etxebarria 2009). El siguiente relato de un médico especialista (58 años, Guerrero) ilustra este tipo de experiencias:

Me tocó hacer guardia junto con otro residente, y me decía: “¿Cómo vienes tú de preparado? [...] Porque hoy viene el Dr. C y a mí me hizo sangrar, estuve una semana hospitalizado, con sangrado del tubo digestivo” [...] Y sí, llegó el Dr. C. y [le dicen] “Tenemos nuevos residentes”. [Me preguntó]:
—¿De dónde viene, doctor?

¹¹ Por ejemplo, “los diversos comportamientos cotidianos individuales y colectivos que realizan los hombres con el fin de proteger sus privilegios y conservar los beneficios que obtienen de su posición dominante en las relaciones de género” (Viveros 2007: 30).

—De Oaxaca.

—¿A poco hay hospital allá? [...] Vamos a ver qué tanto saben [...] Dígame, ¿qué tiene este paciente?

—Bueno, es un recién nacido a término, con síndrome de dificultad respiratoria, Silverman de seis y amerita ventilación asistida.

—Ok. ¿Qué tubo va a utilizar?

— 2/5/3.

—Ok. Pónganse los parámetros de ventilación.

Puse los parámetros.

—Intúbenlo.

Y le dice a mi compañero:

—¿Ya ves, pendejo? Ustedes no saben ni intubar.

[...]

Jamás me volvió a decir nada el Dr. C.

El pediatra que relató esta anécdota en los grupos focales lo hizo con orgullo, mostrando con cierta arrogancia sus logros individuales. El orgullo es una emoción social articulada con la vergüenza y la humillación (Ariza 2017), como muestra el relato anterior: primero se humilla al pediatra por su lugar de origen (“¿A poco hay hospitales allá?”), posteriormente se le enfrenta a un reto (“Dígame qué tiene este paciente”) y, finalmente, es reconocido por superarlo (“Jamás me volvió a decir nada el Dr. C”), mientras se humilla a su compañero por no haber superado pruebas similares en el pasado (“¿Ya ves, pendejo? Ustedes no saben ni intubar”). Se ha documentado que este tipo de retos o pruebas son constitutivos de las culturas masculina y científica (Nye 1997), y que el juego entre orgullo y vergüenza también sirve para mantener formas culturalmente valoradas de masculinidad en otros espacios sociales (p. ej. Waitt y Warren 2008).

Kauffman (1999) también ha dado cuenta de la combinación de emociones positivas y negativas en los hombres. De acuerdo con este autor, en la vida de los varones hay una extraña combinación de poder y privilegio, dolor e impotencia, que genera *experiencias contradictorias*. Aunque los hombres disfrutaban de poder social y de un sentido de

merecimiento, también viven con dolor, aislamiento y alienación. Para Kauffman, estas emociones negativas son el precio que los varones pagan por el poder del que gozan solo por el hecho de ser hombres.

Como lo he documentado previamente, la galenidad también produce *experiencias contradictorias* pues, por un lado, produce orgullo, pero por el otro, tiene costos sustanciales para los médicos en lo que se refiere a su salud física y mental (ver Villanueva 2021). Los hallazgos de los grupos focales de esta investigación arrojaron evidencia de las emociones negativas que acompañan al sentido de merecimiento de los galenos:

[Estudiar medicina] es de las cosas más difíciles que vivo. [Pero] tiene sus encantos, momentos que dices “por eso estudié esto” [...] Siento que es maravilloso, y el poder, todo ese esfuerzo y todas esas ganas, y ese estrés y esa angustia, que resulte en ayudar a alguien [...] es uno de los sentimientos más bonitos (estudiante, mujer, 21 años, CDMX).

Cuando vamos a clínicas y ves a pacientes, te dicen que no reacciones, que no sientas nada [...] No me di cuenta de que tenía un callo emocional hasta que falleció mi abuela [...] Ya nadie [de mi familia] me ve como prima, hermana, sobrina, me ven como la doctora. Entonces ese estereotipo me afectó y al momento de llegar al funeral en mi mente era “no puedes llorar” [...] De repente pensé “a lo mejor y puede hacer algo” [...] Se me vinieron a la mente como que muchas exigencias, tanto así que no lloré (estudiante, mujer, 23 años, Sinaloa).

CONCLUSIONES

Aunque la relación entre la masculinidad y la profesión médica está ampliamente documentada, aún hace falta explicitar y tipificar las semejanzas que existen entre la masculinidad y la galenidad. Con base en una investigación cualitativa, este artículo presenta tres tipos de similitudes entre estas dos identidades.

Las *similitudes normativas* se refieren tanto a normas explícitas sobre el uso del lenguaje y de uniformes, como a normas tácitas que prescriben una fortaleza para los médicos fundada en una concepción heroico-militar de la masculinidad, opuesta a la identidad femenina, y que sirve para excluir tanto a mujeres como a varones débiles. En segundo término, las *similitudes de performance* se basan en un merecimiento que se deriva simultáneamente de la masculinidad y de la galenidad. Esto da lugar a la machoexplicación y a expresiones caracterizadas por la contención y la seriedad, así como a actuaciones más bien relacionadas con la masculinidad tóxica, como la agresividad, el abuso de poder y la misoginia. Finalmente, las *similitudes fenomenológicas* dan cuenta de que médicos y varones coinciden en experiencias contradictorias caracterizadas por una ambivalencia emocional que pendula entre el orgullo y el dolor.

Los hallazgos de esta investigación sugieren que las y los médicos de las nuevas generaciones son mucho más críticos que en generaciones anteriores respecto a los paralelismos entre la galenidad y la masculinidad. Por ejemplo, las estudiantes mujeres se llaman a sí mismas médicas, desafiando el orden de género que ha imperado en su profesión hasta ahora, y los estudiantes varones rechazan el comportamiento misógino de sus profesores. Es necesario realizar nuevas investigaciones para indagar sobre estas diferencias generacionales entre especialistas y estudiantes para identificar posibles soluciones ante la discriminación de género y el acoso sexual que persisten en este campo profesional.

Asimismo, hace falta un análisis adicional de la notoria señalización que hubo en los resultados de este trabajo sobre cirugía y traumatología como especialidades particularmente misóginas. Aunque existen muchas investigaciones al respecto en otros países, en México aún no hay publicaciones enfocadas en este problema.

Además del alcance académico de la presente investigación, los resultados que se presentan en este artículo pueden ser de provecho para emitir recomendaciones en materia de políticas públicas y educativas que atiendan la violencia y la discriminación de género, dentro y fuera del campo médico.

Este artículo se realizó en el marco del Programa de Becas Posdoctorales de la UNAM, siendo la autora becaria del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), asesorada por el Dr. Roberto Castro.

REFERENCIAS

- Adams, Tracey L. 2010. "Gender and Feminization in Health Care Professions", *Sociology Compass*, vol. 4, núm. 7, pp. 454-465. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00294.x>
- Agoff, Carolina y Cristina Herrera. 2019. "Entrevistas narrativas y grupos de discusión en el estudio de la violencia de género", *Estudios Sociológicos*, vol. 37, núm. 110, pp. 309-338. <https://doi.org/10.24201/es.2019v37n110.1636>
- Ariza, Marina. 2017. "Vergüenza, orgullo y humillación: contrapuntos emocionales en la experiencia de la migración laboral femenina", *Estudios Sociológicos*, vol. 35, núm. 103, pp. 65-89. <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n103.1510>
- Babaria, Palav, Sakena Abedin, David Berg y Marcella Nunez-Smith. 2012. "I'm too used to it': A Longitudinal Qualitative Study of Third Year Female Medical Students' Experiences of Gendered Encounters in Medical Education", *Social Science & Medicine*, vol. 74, núm. 7, pp. 1013-1020. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.043>
- Beagan, Brenda L. 2000. "Neutralizing Differences: Producing Neutral Doctors for (Almost) Neutral Patients", *Social Science & Medicine*, vol. 51, núm. 8, pp. 1253-1265. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00043-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00043-5)
- Beasley, Chris. 2020. "Feminism and Men/Masculinities Scholarship: Connections, Disjunctions and Possibilities", en Lucas Gottzén, Mellström Ulf y Tamara Shefer (comps.), *Routledge International Handbook of Masculinity Studies*, Nueva York, Routledge, pp. 31-40.
- Blazquez, Norma. 2008. *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*, Ciudad de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades-Universidad Nacional Autónoma de México.

- Brown, Michael. 2010. “‘Like a Devoted Army’: Medicine, Heroic Masculinity, and the Military Paradigm in Victorian Britain”, *Journal of British Studies*, vol. 49, núm. 3, pp. 592-622. <https://doi.org/10.1086/652000>
- Burgess, Diana J., Anne Joseph, Michelle Van Ryn y Molly Carnes. 2012. “Does Stereotype Threat Affect Women in Academic Medicine?” *Academic Medicine*, vol. 87, núm. 4, pp. 506. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318248f718>
- Butler, Judith. 1997. “Sujetos de sexo / género / deseo”, *Feminaria*, vol. 10, núm. 19, pp. 1-20. Disponible en <<http://tierra-violeta.com.ar/wp-content/uploads/2020/07/Feminaria19.pdf>>.
- Butler, Judith. 2001. “Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del ‘postmodernismo’”; *La Ventana*, vol. 2, núm. 13, pp. 7-41. <https://doi.org/10.32870/lv.v2i13.549>
- Canales, Manuel y Anselmo Peinado. 1995. “Grupos de discusión”, en Juan Manuel Delgado y Juan Gutiérrez (coords.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Síntesis, pp. 287-316.
- Cassell, Joan. 1997. “Doing Gender, Doing Surgery: Women Surgeons in a Man’s Profession”, *Human Organization*, vol. 56, núm. 1, pp. 47-52. <https://doi.org/10.17730/humo.56.1.2362n66w4522428h>
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticocepción inducida y derechos reproductivos*, Cuernavaca, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Colectivo Médicxs en Formación [@Medsenformacion]. 2022, 7 de marzo. La #misoginia en la #medicina es una realidad y desde el Colectivo, lxs invitamos al #Space para dialogar y plantear soluciones. [Audiograbación del space]. Twitter. <https://twitter.com/Medsenformacion/status/1500975890624303104?s=20&t=BWDV5fZs5wuC1EuDIq7GtA>
- Davis, Georgiann y Rachel Allison. 2013. “Increasing Representation, Maintaining Hierarchy: An Assessment of Gender and Medical Specialization”, *Social Thought & Research: A Continuation of the Mid-American Review of Sociology*, pp. 17-45. Disponible en <<https://www.jstor.org/stable/24642396>>.

- Etherington, Cole, Simon Kitto, Joseph K. Burns, Tracey L. Adams, Arija Birze, Meghan Britton, Singh Sukhbir y Sylvain Boet. 2021. “How Gender Shapes Interprofessional Teamwork in the Operating Room: A Qualitative Secondary Analysis”, *BMC Health Services Research*, vol. 21, núm. 1, pp. 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07403-2>
- Etxebarria, Itziar. 2009. “Las emociones autoconscientes positivas: el orgullo”, en Enrique G. Fernández-Abascal (comp.), *Emociones positivas*, Madrid, Pirámide, pp. 167-180.
- Fjortoft, Karn, Lars Konge, John Christensen y Ebbe Thinggard. 2022. “Overcoming Gender Bias in Assessment of Surgical Skills”, *Journal of Surgical Education*, vol. 79, núm. 3. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2022.01.006>
- Fnaiss, Naif, Charlene Soobiah, Maggie Chen, Erin Lillie, Laure Perrier y Mariam Tashkhandi. 2014. “Harassment and Discrimination in Medical Training”, *Academic Medicine*, vol. 89, núm. 5, pp. 817-827. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000200>
- Goffman, Erving. 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*, Nueva York, Anchor.
- Hafferty, Frank. 1998. “Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine’s Hidden Curriculum”, *Academic Medicine*, vol. 73, núm. 4, pp. 403-407. <https://doi.org/10.1097/00001888-199804000-00013>
- Halberstam, Judith. 2008. *Masculinidad femenina*, Madrid, Egales.
- Harrington, Carol. 2021. “What is ‘Toxic Masculinity’ and Why Does It Matter?” *Men and Masculinities*, vol. 24, núm. 2, pp. 345-352. <https://doi.org/10.1177/1097184X20943254>
- Hill, Elspeth y Suzanne Vaughan. 2013. “The Only Girl in the Room: How Paradigmatic Trajectories Deter Female Students from Surgical Careers”, *Medical Education*, vol. 47, núm. 6, pp. 547-556. <https://doi.org/10.1111/medu.12134>
- Hinze, Susan W. 1999. “Gender and the Body of Medicine or at Least Some Body Parts: (Re)Constructing the Prestige Hierarchy of Medical Specialties”, *The Sociological Quarterly*, vol. 40, núm. 2, pp. 217-239.
- Hydén Lars-Christer y Pia Bülow. 2003. “Who’s Talking: Drawing Conclusions from Focus Groups / Some Methodological Considerations”, *In-*

ternational Journal of Social Research Methodology, vol. 6, núm. 4, pp. 305-321. <https://doi.org/10.1080/13645570210124865>

- Kalish, Rachel y Michael Kimmel. 2010. "Suicide by Mass Murder: Masculinity, Aggrieved Entitlement, and Rampage School Shootings", *Health Sociology Review*, vol. 19, núm. 4, pp. 451-464. <https://doi.org/10.5172/hesr.2010.19.4.451>
- Kaufman, Michael. 1999. "Men, Feminism, and Men's Contradictory Experiences of Power", en Joseph A. Kuypers (comp.), *Men and Power*, Fernwood Books, pp. 59-83. Disponible en <https://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2009/01/men_feminism.pdf>.
- Kelly, Laura. 2017. "Irish Medical Student Culture and the Performance of Masculinity, c. 1880-1930", *History of Education*, vol. 46, núm. 1, pp. 39-57. <http://dx.doi.org/10.1080/0046760X.2016.1181794>
- Kwon, Eugena. 2017. "'For Passion or for Future Family?' Exploring Factors Influencing Career and Family Choices of Female Medical Students and Residents", *Gender Issues*, vol. 34, núm. 2, pp. 186-200. <http://dx.doi.org/10.1007/s12147-016-9168-3>
- Lindemann, Hilde. 2014. *Holding and Letting Go: The Social Practice of Personal Identities*, Nueva York, Oxford University Press.
- Martínez, Juliana. 2017. "Dressed Like a Man? Of Language, Bodies, and Monsters in the Trial of Enrique/Enriqueta Favez and its Contemporary Accounts", *Journal of the History of Sexuality*, 26, núm. 2, pp. 188-206. <https://doi.org/10.7560/JHS26202>
- Milam, Erika L. y Robert A. Nye. 2015. "An Introduction to Scientific Masculinities", *Osiris*, vol. 30, núm. 1, pp. 1-14. Disponible en <https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/682953?casa_token=-vGh4rozt2I0AAAAA%3ALPVLf0af_JOyI-yDIEbZxp9cD1EB15M-8tx1EUWGZd54kf3eo_CkT9poNX6Bg5lcocMSnivjoKBRqtw>.
- Nye, Robert A. 1997. "Medicine and Science as Masculine 'Fields of Honor'", *Osiris*, vol. 12, pp. 60-79. Disponible en <<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/649267?journalCode=osiris>>.
- Pascoe, Cherie J. 2011. *Dude, You're a Fag. Masculinity and Sexuality in High School*, Berkeley, University of California Press.

- Smith-Oka, Vania. 2021. *Becoming Gods*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- Smith, Victoria, Cherrie Bethune y Katrina F. Hurley. 2018. “Examining Medical Student Specialty Choice through a Gender Lens: An Orientation-qualitative Study”, *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 30, núm. 1, pp. 33-44. <https://doi.org/10.1080/10401334.2017.1306447>
- Solnit, Rebecca. 2018. *Los hombres me explican cosas*, Madrid, Capitán Swing Libros.
- Tabassum, Nayyara y Antonio Chiesi. 2017. “Doing and Undoing Gender in the Hospital Workplace”, *Journal of Interdisciplinary Feminist Thought*, vol. 10, núm. 1, p. 2. Disponible en <<https://digitalcommons.salve.edu/jift/vol10/iss1/2>>.
- Universidad Nacional Autónoma de México. 2022. *Médico cirujano*. Ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <<http://oferta.unam.mx/medico-cirujano.html>>.
- Underman, Kelly y Laura E. Hirshfield. 2016. “Detached Concern?: Emotional Socialization in Twenty-First Century Medical Education”, *Social Science & Medicine*, núm. 160, pp. 94-101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.027>
- Villanueva, Marcia y Roberto Castro. 2020. “Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 25, núm. 6, pp. 2377-2386. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.28142019>
- Villanueva, Marcia. 2019. “Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela”, *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, núm. 5, e366, <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>
- Villanueva, Marcia. 2020. “Medical Training as a Transformative Experience: An Analysis of Doctorhood to Question the Professional Identity Formation Paradigm”, *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, vol. 3, núm. 1, pp. 1-20. <https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1754043>
- Villanueva, Marcia. 2021. “Somos médicos, no dioses. La identidad médica frente a la pandemia Covid-19”, en David Fajardo-Chica y Olbeth

Hansberg (comps.), *La vida emocional en la pandemia*, Ciudad de México, Secretaría de Desarrollo Institucional-Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 77-101.

- Viveros, Mara. 2007. “Teoría feminista y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes”, *La manzana de la discordia*, vol. 2, núm. 4, pp. 25-36.
- Waitt, Gordon y Andrew Warren. 2008. “‘Talking Shit over a Brew after a Good Session with your Mates’: Surfing, Space and Masculinity”, *Australian Geographer*, vol. 39, núm. 3, pp. 353-365. <https://doi.org/10.1080/00049180802270549>
- Witte, Florence M., Terry D. Stratton y Lois M. Nora. 2006. “Stories from the Field: Students’ Descriptions of Gender Discrimination and Sexual Harassment During Medical School”, *Academic Medicine*, vol. 81, núm. 7, pp. 648-654. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000232421.04170.d2>