



Androcentrismo y discriminación femenina como dispositivos en la praxis médica

[en] Androcentrism and female discrimination as devices in medical praxis



Yolanda Alatorre Maldonado



José Luis Evangelista Ávila

Universidad Autónoma de Chihuahua (México)

Recibido: 2025/09/04

Aceptado para su publicación: 2025/11/18

Publicado: 2026/06/26

RESUMEN

Resumen: Lograr la paridad de género en diversos ámbitos es un logro importante, sin embargo, esta no debe confundirse con la generación de condiciones de equidad o eliminación de violencia derivada del machismo. En el caso del presente artículo, a partir del análisis de la práctica médica, se plantea el objetivo de visibilizar la permanencia de estructuras de violencia, comprensibles solo desde un análisis conceptual cualitativo. Esto con la finalidad de promover una lectura crítica que evite el reduccionismo cuantitativo que identifica paridad numérica con la eliminación de la violencia. Para tal efecto, se abordará el Modelo Médico Hegemónico (MMH) como un reflejo de la masculinidad machista y, en una segunda etapa, se lo aborda como un dispositivo que refuerza la exclusión de la mujer y lo asociado a la feminidad. Sobre esta perspectiva, se concluye que, para propiciar un cambio real, es preciso abordar un análisis cualitativo y conceptual que permita visibilizar la permanencia de estructuras que excluyen a la mujer y lo considerado femenino, así como evitar el reduccionismo cuantitativo.

ABSTRACT

Abstract: Achieving gender parity in various fields is a significant accomplishment; however, it should not be confused with creating conditions of equality or eliminating violence stemming from sexism. This article, based on an analysis of medical practice, aims to highlight the persistence of structures of violence, which can only be understood through a qualitative conceptual analysis. The goal is to promote a critical reading that avoids the quantitative reductionism that equates numerical parity with the elimination of violence. To this end, the Hegemonic Medical Model (HMM) will be examined as a reflection of sexist masculinity and, in a second stage, as a device that reinforces the exclusion of women and what is associated with femininity. From this perspective, it is concluded that, to foster real change, a qualitative and conceptual analysis is necessary to reveal the persistence of structures that exclude women and what is considered feminine, while also avoiding quantitative reductionism.

PALABRAS CLAVE

Machismo, Modelo Médico Hegemónico, Dispositivo, Género, Galenidad.

KEYWORDS

Sexism, Hegemonic Medical Model, Dispositive, Gender, Doctorhood.

Como citar (APA 7ª Edición):

Alatorre Maldonado, Y. y Evangelista Ávila, J. L (2026). Androcentrismo y discriminación femenina como dispositivos en la praxis médica. *Qvadrata, estudios sobre educación, artes y humanidades*, 8(16), 18-26. <https://doi.org/10.54167/qvadrata.v8i16.2206>

Introducción

Es un error confundir la paridad de género con la supresión de la discriminación contra la mujer. Un ejemplo de ello, lo encontramos en la praxis médica. Si bien, por una parte, [Heinze-](#)



[Martin et al \(2018\)](#), señalan casi una paridad en la matriculación en el grado y campo laboral en México como en el mundo, lo cual es digno de aplaudirse dada la exclusión histórica de la mujer de esta profesión; por otra, las prácticas de exclusión y violencia permanecen presentes, como indica Catalina [Vargas-Acevedo \(2021\)](#), en “La mujer en medicina: la normalización de una discriminación oculta”. La desigualdad, más allá de la cuestión numérica o un supuesto reconocimiento administrativo o de palabra que no trasminan hacia las prácticas, parte de un dispositivo que se ha interiorizado y perpetúa estructuras de poder asociados a ciertas formas de masculinidad que desplazan a la mujer, así como a lo a ella asociado.

Debido a lo anterior, el presente artículo tiene por objetivo contextualizar el androcentrismo y la discriminación femenina bajo la concepción de dispositivo, según la formulación de [Giorgio Agamben \(2015\)](#), con la finalidad de asumir una postura crítica ante una paridad de género u otros referentes cuantitativos que apelan a una superación de la discriminación, lo anterior a partir del abordaje conceptual que visibiliza otros rasgos de exclusión y violencia que pueden ocultarse tras el discurso numérico. Para tal efecto, este trabajo presentará la relación del Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH) con ciertas imágenes de la masculinidad machista para, en una segunda parte, abordar esta relación como un dispositivo. Lo anterior con el propósito de cuestionar la normalización de la violencia oculta tras la consideración numérica de la paridad de género en el área médica.

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) como reflejo de una masculinidad machista

Algunas líneas de una editorial de 2020, firmada por [Federico Leopoldo Rodríguez Weber](#), nos permitirán contextualizar nuestra problemática. Ahí, el autor señala lo siguiente:

En medicina, desde hace tiempo, reconocemos el papel de la mujer como profesional y, desde hace mucho, las profesionistas mujeres tienen el mismo valor que los profesionistas hombres. Sin embargo, reconocemos que sólo en algunas instituciones no se les valora de igual forma, y por eso, ahí es donde la lucha debe continuar (p. 125).

Si bien el abordaje de lo expuesto es complicado debido a la generalidad de su contenido, pues no se especifica ninguno de los datos aludidos: los tiempos, espacios y las formas de (no) reconocimiento que implica. No obstante, nos permite poner de manifiesto la función de la abstracción en el discurso para impedir una propuesta crítica, esto se realiza al no clarificar los criterios de análisis o, como en el caso de la paridad de género, cuando la reflexión se reduce a determinados puntos cuantitativos, se silencia la dimensión cualitativa de la problemática y se elude la profundización conceptual, aspectos que en su conjunto imposibilitan un pensamiento crítico apropiado y, por ende, cambiar la problemática de fondo. De este modo, se muestra cómo al priorizar una enunciación ambigua y políticamente correcta, se minimiza la problemática e impiden las posibilidades de cambio real.

Del mismo modo, pese al “reconocimiento” de igualdad que pesa sobre el título de la editorial (“No son más, no son menos, todos somos médicos sin importar el género”), el autor expone, líneas más adelante:

...los roles que [hombres y mujeres] tienen en la sociedad deb[e]n respetarse, por lo que, con mucha frecuencia, las mujeres optan por balancear el trabajo y la vida familiar de forma diferente al hombre de la misma manera que, en algunas ocasiones, las mujeres eligen tener periodos de retiro laboral como consecuencia de las exigencias temporales de

su hogar o como respuesta a la necesidad de mantener un equilibrio social-laboral. Ello influye posiblemente en el tipo de trabajos y compromisos que pueden ser tomados por ellas. Pero esto sólo es un grupo de mujeres, pues otras muchas, en la vida moderna, posiblemente el grupo mayoritario deciden no tener hijos o bien deciden adquirir formatos diferentes en este proceso, haciéndolas igualmente competitivas con los hombres ante cualquier trabajo ([Rodríguez Weber, 2020, p. 125](#)).

A lo cual expone, en posterior, la búsqueda de una igualdad en términos cuantitativos: currículo, remuneración y trato. No obstante, ¿esto cuestiona las prácticas efectivas y reales o solo permite el cumplimiento de criterios superficiales, al modo de un checklist, en el cual los registros permiten asegurar el cumplimiento de estándares oficiales mientras que las prácticas de exclusión se mantienen? Como podemos ver en las líneas citadas, el discurso es doble, por una parte, afirma la permanencia de roles de género específicos y las implicaciones que derivan de ellos en la práctica real (dimensión cualitativa), pero, por la otra, alude a criterios de estandarización (dimensión cuantitativa) que, además, da por hecho, para plantear una supuesta igualdad. Con esto, de nueva cuenta, se imposibilita el análisis crítico (cualitativo) bajo una exposición supuestamente objetiva (cuantitativa) que, al confundir los criterios, plantea como innecesario el cambio real.

Si bien es imposible reducir el todo a las expresiones vertidas en una editorial, esta nos permite contextualizar esta ambivalencia en el abordaje cuantitativo y cualitativo de la desigualdad, así como diversas ausencias, entre ellas los procesos de formación médica, las estructuras institucionales y los procesos de mercantilización, para reducirse a la matrícula y buenas (y generales) intenciones. En este sentido, debemos reconocer que considerar la praxis médica es considerar un fenómeno complejo y multifactorial. Ante esta amplitud, nos concentraremos en señalar el papel que juega el MMH, definido por el antropólogo médico [Eduardo L. Menéndez \(2020\)](#) como:

el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generales por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención, lo cual en un país como México ha ido logrando desde finales del siglo XIX y, sobre todo, a partir de las décadas de 1930 y 1940, hasta lograr convertirse en la forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, por reglamentaciones del Estado, como por su eficiencia comparativa (p. 88).

Al legitimarse como “la forma de atender la enfermedad”, el MMH se asume como la única vía apropiada de velar por la salud. Lo cual implica fines políticos, mercantiles y, de este modo, aunado a la biopolítica, podemos considerarlo como una tecnología del sujeto, es decir, como “las técnicas mediante las cuales el individuo se ve inducido, sea de por sí, con la ayuda o bajo la dirección de otro, a transformarse y modificar su relación consigo mismo” ([Foucault, 2016, p. 33](#)). De este modo, el MMH no solo produce una forma de atender la salud, sino las vías para perpetuarse a través de las prácticas y, en especial, de los sujetos que han de realizarlas o atravesar por ellas para devenir en una tecnología del sujeto de salud. Sea desde la función médica como desde sus pacientes.

De estas prácticas, nos interesa el principal rasgo estructural del MMH, afianzado en una episteme concreta: el biologismo. Este fundamenta epistemológicamente a la medicina con base en un paradigma biomédico cuya transmisión inicia en las experiencias extra académicas de los

sujetos (en tanto pacientes), pero se concreta en su formación académica (estudiantes de medicina), se refuerza en sus prácticas iniciales (servicio social y prácticas profesionales) para concretarse y reproducirse durante su actividad profesional, a la cual llega solo quien lo ha reproducido con éxito al atravesar por el proceso formativo. Asimismo, el biologicismo asume centrarse en la objetividad del cuerpo humano, con lo que minimiza a las personas según las variaciones de normalidad (salud) y anormalidad (enfermedad), por lo cual deja de lado sus dimensiones psicológicas, sociales ([Engel, 1977](#); [Menéndez, 2020](#)) y, por ende, de género ([Vargas-Acevedo, 2021](#)).

Al uniformar las creencias, conocimiento y prácticas médicas, el biologicismo configura la identidad médica desde su formación académica y sus prácticas profesionales. En términos generales, consideremos que la identidad “...es social y depende de los otros para su consolidación... [no obstante], se somete a procesos continuos de construcción y de negociación donde la persona ejerce estrategias para establecer credibilidad y personalidad” ([Mandoki, 2006, p. 76](#)). Además, para comprender la especificidad de la identidad médica, consideremos el concepto de “galenidad”, postulado por la médica y filósofa [Marcia Villanueva Lozano \(2019\)](#). Esta galenidad o identidad médica “está representada por narrativas grupales socialmente compartidas... implica sobre todo tener prácticas sociales de personeidad basada en ella, con sus cuatro elementos: la subjetividad (pensar y sentir como médico), la expresión (comportarse como médico), el reconocimiento y la respuesta (ser visto y tratado como médico)” ([Villanueva Lozano, 2019, p. 137](#)). En otras palabras, la galenidad es la identidad propia del gremio, integrada, modificable y exteriorizada por quienes estudian y ejercen la medicina, con el consecuente reconocimiento profesional, dentro y fuera del gremio.

La galenidad es planteada como posibilidad de mejora y “malignización”. En el primer caso, permite a quienes la poseen optimizar su estatus social, su autoestima, su autopercepción como profesionistas y su carácter (Villanueva Lozano, 2019). En el segundo, involucra la modificación del carácter marcada por la desmotivación, la deshonestidad, la ira, la insensibilidad y la falta de empatía. En la identidad, al ser cambiante, estos procesos aparecen en distintas relaciones no estáticas: complemento, oposición, subordinación o transición.

En los puntos desarrollados, los rasgos de la galenidad, sin ser exclusivos del hombre, coinciden con los de una masculinidad machista aún dominante. Si bien, como señala [Didier Machillot \(2013\)](#), en Machos y machistas. Historia de los estereotipos mexicanos, hay dificultades en una definición universal y atemporal del macho y del machismo, es posible ubicar ciertos patrones. Entre ellos, destacamos naturalización de una supuesta superioridad del hombre, la preeminencia de los valores a él asociados y la fuerza como forma de posicionamiento en un mundo real, por oposición a una mujer subordinada, cuyas actividades resultan de segundo orden y atrapada en un mundo irreal venido del sentimentalismo.

Así, encontramos entre la galenidad y el machismo diversos paralelos : ambas comparten la ambigüedad de aquella figura del “macho revolucionario” como un hombre valiente que lucha por su tierra y encuentra en ello su identidad, pero, al mismo tiempo, ahí reside su malignización, en el dominio, la fuerza y el menosprecio, por enunciar algunas; asimismo, la polaridad entre la objetividad/fuerza buscadas y el sentimentalismo como rasgo de un despreciado afeminamiento; el posicionamiento del proveedor que minimiza a las figuras destinadas a los cuidados; la jerarquía, competencia e, incluso, rudeza, con su imposición, ante lo subordinado, pasivo y cuidadoso. En este sentido, mientras el machismo desprecia lo femenino en una falsa exaltación que lo lleva a la violencia, la galenidad hace lo mismo ante aquellas figuras que

mantienen feminidad, sea al interior o exterior de su praxis. Así sea atenuadas y llevadas del ámbito de la fuerza al de la profesión, los rasgos de un posicionamiento por la fuerza en un mundo real, validado por la objetividad y ciertas prácticas darán su lugar a la galeñidad como al macho, en desprecio de la mujer y lo feminizado, donde puede incluirse a las mujeres, pero también a cualquier figura subordinada ante la cual se abre la posibilidad de ejercer un paternalismo violento.

La exclusión de la mujer como dispositivo en el MMH

Las coincidencias previas no son accidentales. Desde una perspectiva histórica, la medicina occidental es una ciencia de tradición eurocentrista y, en igual medida, androcéntrica, donde el sujeto y el objeto de estudio coinciden en el hombre: su práctica, su salud, sus condiciones biológicas, sus cuidados y su experiencia de la enfermedad son el eje desde el cual se práctica, atiende y evalúa el universo de posibilidades: “Así, tradicionalmente, la mayoría de las patologías, desde las ciencias básicas hasta la clínica, se han estudiado con base en el prototipo del hombre blanco de 70 kilogramos” ([Vargas-Acevedo, 2021, p. 3](#)). De este modo, si bien es posible rastrear los orígenes de la medicina en el siglo V a. C., también es hasta el siglo XIX cuando Elizabeth Blackwell es reconocida como la primera médica, al obtener el título profesional que la acredita e “integra” al gremio. Desde entonces ha aumentado el número de mujeres en la medicina, no obstante, distintas prácticas mantienen la desigualdad de género en el MMH, más allá de lo numérico. Incluso, por ejemplo, en y más allá del género, el estudio de enfermedades en poblaciones que no coinciden con el hombre blanco “promedio” con poder adquisitivo, permanece como una deuda enorme.

Sin pretender la erradicación de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres (estatura, fuerza, funciones reproductivas, etc.), es preciso reconocer, como señala [Simone de Beauvoir \(1949\)](#), que: “Ni sus fórmulas, ni las singularidades, definen a la hembra humana [ni al macho humano] como tal[es]” (p. 9). Es decir, de las diferencias asentadas en datos científicos no se deriva la inequidad y desigualdad profesional, como tampoco la “evidencia científica” garantiza objetividad, sino expresiones de diversas epistemes que tienden a justificar, mediante una “objetividad a modo”, formas de exclusión, como ya sucedió con las conclusiones de la craneología y la frenología durante el siglo XIX, que “sustentaban” la inferioridad de la mujer según el tamaño de su cráneo y según su raza ([Iglesias Aparicio, 2020](#)). Propuestas utilizadas para legitimar la discriminación y exclusión de la formación médica pues, “científicamente”, carecían de las capacidades intelectuales de las que gozaba el hombre por el hecho de ser hombre ([Blazquez Graf, 2011](#)).

Para comprender las formas de exclusión dentro de la galeñidad, consideremos el concepto de dispositivo expuesto por [Giorgio Agamben \(2015\)](#), quien, basado en la propuesta foucaultiana, lo define como “cualquier cosa que de algún modo tenga la capacidad de capturar, orientar, determina, intercepta, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (p. 23). Bajo esta exposición, podemos caracterizar la formación médica profesional en el MMH como un dispositivo que determina el cómo debe ser, transmitirse y ejercerse la profesión médica, así como determinar a los sujetos que se integran a ella. De este modo, quien confiesa la identidad galeana, se integra en las formas de su práctica y, con ellas, se adhiere a prácticas que suponen la exclusión femenina, así como lo asumido como femenino.

La formación profesional refuerza la competencia encarnizada más que una formación apropiada, así como la fuerza y resistencia a través de un servicio social y prácticas profesionales deshumanizantes que exaltan la fortaleza física, mental y emocional para resistir las cargas teóricas o prácticas continuas. El caso de las residencias médicas (estudiantes de especialidad) es ilustrativo: el período de formación suele ser de cuatro años, a través de rotaciones hospitalarias de hasta 36 horas cada tres días, donde cumplen todas las obligaciones asignadas, por lo que el alimento, descanso e higiene dejan de ser actividades prioritarias y, cualquier inconformidad, será interpretada como incapacidad. También es en este espacio donde se manifiestan con mayor intensidad los ejercicios de poder y dominación en el gremio. Las posiciones más altas en la jerarquía son los trabajadores con plaza, desde quienes se desciende en grados hasta el último escalafón de la cadena: estudiantes de medicina. Esta estratificación concentra el poder de mayor a menor en una línea a la que se suman otras, según la “relevancia” y “reconocimiento” de la formación de cada profesional o estudiante. Por ejemplo, suele considerarse de mayor nivel a un especialista en cirugía de tórax que si fuese de pediatría y, este último, se ubicará por encima de alguien de medicina general. Esta formación desarrolla rasgos de una marcada carga masculina machista en la galenidad como son competencia, prestigio, liderazgo, agresividad, poca o nula emocionalidad y autoritarismo, en tanto rechaza o minimiza los considerados propios de la feminidad como son la emocionalidad, empatía, cuidados, serenidad y dependencia.

El dispositivo médico conforma la subjetividad de sus profesionistas al determinar las formas de acceder a sus estudios de pregrado, especialidad y posgrado, plazas laborales y estatus socioeconómico, al determinar a sus mejores postulantes con base en la resistencia y repetición de formas de abuso interpretado como una alta exigencia. Con ello moldea, controla y perpetua su estatuto, incluido el desprecio de lo que asume como femenino, aun si el número de mujeres que se integran a estas prácticas va en aumento.

La galenidad refuerza la dimensión androcéntrica desde diversas prácticas. Rescatamos tres de ellas:

1. La estructuras y relaciones de poder se basan en la exaltación de aspectos valorados como masculinos en lo relativo a la intelectualidad, corporalidad y sensibilidad, esto es, se refuerza lo objetivo, la fuerza y el desapasionamiento, con su respectivo menosprecio a las dimensiones subjetivas, el cuidado y las emocionales, atribuidas a lo femenino
2. Las relaciones de subordinación profesional son un paralelo de la naturalización de la diferencia que plantea como inferior a lo femenino frente a lo masculino, así como de las formas de subordinación, paternalismo y violencia que suele darse
3. El reconocimiento de ciertas especialidades y puestos como “propias” de las capacidades masculinas, en el primer caso, las intervenciones quirúrgicas neurocirugía, ortopedia, urgencias y oncología suelen destinarse a hombres; en tanto que, en el segundo, aún puede constatar la menor presencia de mujeres en puestos directivos.

Por lo que, si se suman estos tres aspectos de reforzamiento de la masculinidad a través del galenismo, los médicos legitiman desde su propia profesión la discriminación de quienes no cumplan con estas características.

A esta constitución de la galenidad al interior del gremio, ha de sumarse la discriminación de la mujer por los prejuicios y roles de género, venidos del exterior del gremio, entre los cuales

destaca el acoso ([Wittig, 2006](#)) y la violencia sexual que difícilmente se denuncian ([Villanueva, 2021](#)). Así, la discriminación de la mujer médica se construye y hereda las formas de violencia de la mujer en general, a la cual se suman los rasgos propios de la galenidad. Acorde a lo anterior, ha de considerarse que las estudiantes de medicina y las médicas, pertenecen a un grupo profesional donde la medicina, entendida como dispositivo, favorece los ejercicios de discriminación y violencia de género, a través de la configuración de una identidad médica masculina la cual también interiorizan, pues “todo dispositivo implica un proceso de subjetivación sin el cual no puede funcionar como dispositivo de gobierno, sino que se reduce a un mero ejercicio de violencia” ([Agamben, 2015, p. 29](#)).

Por otra parte, ¿la galenidad solo es exclusión de lo femenino? Como sucede con el machismo en general, la violencia contra la mujer se da en un doble registro, por una parte, un desprecio de lo femenino y, por el otro, un reconocimiento de ciertas características, en tanto estas sean capitalizables y destinadas al uso o placer de quienes las oprimen. En el caso de la galenidad, podemos plantear una cara femenina a partir de lo expuesto por [Katya Mandoki \(2006\)](#), en *Prácticas e identidades sociales*, donde señala que la palabra matriz, por su origen etimológico (mater) y metafórico, asocia a lo femenino los espacios de gestación y desarrollo de las identidades. En este sentido, la galenidad supone y perpetúa espacios femeninos que le permitan su continuidad, por lo que “lo femenino” es aceptado en la medida en la cual permite la pervivencia de la formación médica, así como la atención de prácticas asociadas al cuidado, las infancias y la belleza, aspectos presentes en el quehacer médico, pero “impropios” de lo masculino. De esta manera, el dispositivo médico asegura su hegemonía a través de perpetuar gestos, conductas, opiniones y discursos masculinos, al configurar espacios de enunciación y acción, junto a una matriz médica, que permita la reproducción identitaria y la atención de “espacios femeninos”.

En otras palabras, el dispositivo médico, a través de su cara masculina determina, domina y usa de la cara femenina como vía para la creación de identidades médicas que perpetúan este ciclo. Con ello, propicia la unidad interna del dispositivo y procura mantenerse coherente al establecer esta oposición binaria masculino-femenino ([Butler, 2007](#)), en la medida en que sea capaz de capitalizarla para su propia perpetuación. Por último, señalemos que esta doble cara que conforma al dispositivo de la medicina no suele ser reconocida, pues su poder estructura al gremio de tal forma que toda expresión fuera de esta genealogía masculina, queda en una posición de subordinación ([Irigaray, 1992](#)), como, por ejemplo, las estudiantes, las médicas sin puestos de liderazgo, las médicas con especialidades “no masculinas” como las dermatólogas y radiólogas, las médicas sin especialidad, las médicas que no ejercen, las médicas que priorizan la maternidad y/o el matrimonio y, las médicas que no ejercen en el campo clínico, como las docentes e investigadoras.

Conclusiones

Las mujeres que deciden dedicarse a la medicina, aunque pertenecen a un grupo con ciertos privilegios por poder acceder a una carrera, no escapan de ser discriminadas y violentadas en el proceso. De modo que, antes que eludir el padecer la discriminación y violencia de género “generales”, se suman formas específicas de exclusión de lo femenino en la galenidad. Si a ello se suma la vulnerabilidad constante de vivir en un país como México, donde la violencia, la discriminación y la desaparición de las mujeres están a la orden del día, se le agrega que, estas mujeres tampoco están seguras en espacios educativos y laborales. Es por ello que resulta absurdo pretender minimizar estas problemáticas con datos estadísticos donde la igualdad

pretende haberse logrado en los números, pero no en las relaciones dentro del gremio. Es necesario visibilizar que, en la medicina, la discriminación y la violencia de género están presentes de formas específicas.

En este sentido, al plantear las formas en que la violencia y exclusión basadas en el género perviven por encima de la paridad, es posible cuestionar la reducción numérica de un problema que permanece en nuestra sociedad y, el cual, pretende eludirse mediante la exposición cuantitativa. Sin demeritar la significación de la parte femenina en medicina, esta no es suficiente para la eliminación de otras brechas ni de otras formas de violencia, como tampoco para la eliminación de las estructuras que las permiten. La sola presencia de mujeres no basta para erradicar la violencia cuando se las ha integrado a la práctica de la misma. En este sentido, la integración de individuos no logra la eliminación de formas sistémicas de violencia, por el contrario, lo más usual es que estos individuos, mujeres en concreto, asimilen las estructuras de violencia como condición previa a su integración. El concepto de dispositivo nos permite clarificar esto: la violencia de género se perpetúa como un dispositivo que, incluso en las mujeres, conforma las subjetividades de sus integrantes como condición para el éxito en espacios violentos.

Por ello, se considera pertinente incluir dos propuestas mínimas de acción. Por una parte, la inclusión de asignaturas con perspectiva de género (como ya se implementa, por ejemplo, en la carrera de medicina en la UACJ) complementarias a los planes de estudio del grado de medicina, que sean impartidas por docentes con capacitación y sensibilidad suficiente sobre estos temas, para que, desde la formación, la medicina permita la inclusión de lo que se asume como femenino, y sea una alternativa al sometimiento de una masculinidad machista que pervive bajo diversas formas y batas. Por otra, la intención de este artículo, la necesaria reflexión desde categorías conceptuales de corte cualitativo, en específico filosóficas, para atender problemáticas y cuestionar el reduccionismo cuantitativo que solo oculta y niega situaciones de mayor complejidad donde pervive la violencia.

Referencias

- Agamben, G. (2015). *¿Qué es un dispositivo?* Anagrama.
- Beauvoir, S. (1949) *El segundo sexo*. Siglo XXI
- Blazquez Graf, N. (2011). *El retorno de las brujas: La incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. Universidad Nacional Autónoma de México/Centro de investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Editorial Paidós Ibérica.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Foucault, M. (2016) *Obrar mal, decir la verdad. La función de la confesión en la justicia. Curso de Lovaina, 1981*. Siglo XXI.
- Heinze-Martin, G. Olmedo-Canchola, V. H., Bazán-Miranda, Bernard-Fuentes, N. y Guízar-Sánchez, D.P. (2018). Los médicos especialistas en México. *Gaceta Médica en México*, 154, 342-351. https://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n3/GMM_154_3_342-351.pdf

- Iglesias Aparicio, P. (2020) Contribución de las mujeres a la deconstrucción de la misoginia del discurso científico-médico del siglo XIX. *Filanderas: Revista interdisciplinar de Estudios Feministas*, (5), 63-80.
<https://papiro.unizar.es/ojs/index.php/filanderas/article/view/5016>.
- Irigaray, L. (1992). *Yo, tú, nosotras*. Col. *Feminismos*. Cátedra/ Universitat de València/ Instituto de la Mujer.
- Machillot, D. (2013) *Machos y machistas. Historia de los estereotipos mexicanos*. Ediciones Culturales Paidós.
- Mandoki, K. (2006). *Prácticas estéticas e identidades sociales: Prosaica dos*. Siglo XXI.
- Menéndez, E. L. (2020). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. EDNU La Cooperativa.
<http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/8/19/38-2>.
- Rodríguez Weber, F. L. (2020). No son más, no son menos, todos somos médicos sin importar el género. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 18(2), 125-126.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am202a1.pdf>
- Vargas-Acevedo, C. (2021) La mujer en medicina: la normalización de una discriminación oculta. *Universitas Medica*, 62(4), 1-5.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/33726/26256>
- Villanueva Lozano, M. (2019). *Somos médicos, no dioses: una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina*. [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2019/mayo/0788766/Index.html>.
- Villanueva Lozano, M. [AMFEMOficial] (21 de noviembre de 2021) *Conferencia: Definiendo el maltrato, el acoso y la violencia en la Educación Médica* [Video]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=8fa6xA4hik0>.
- Wittig, M. (2005). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. EGALES.