

De tributos y mantos de protección:

La violencia de género en la formación médica en Oaxaca, México

“Tributes” and “Mantles of Protection”:

Gendered-Based Violence in Medical Training in Oaxaca, Mexico

Aitza M. Calixto Rojas

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

aitzza@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0002-5454-4025>

Resumen

Este artículo documenta y analiza prácticas que normalizan la violencia de género durante la formación en medicina en Oaxaca, México. Dichas prácticas tienen lugar en el ámbito universitario, en la formación hospitalaria y durante el servicio social. La documentación de estas violencias se realizó durante dos años de trabajo de campo etnográfico con estudiantes de medicina de la ciudad de Oaxaca. El análisis de estas prácticas ha permitido identificar el lugar que ocupa la colonialidad de género en la profesionalización médica. En esta lógica, se discute cómo la profesionalización médica en Oaxaca refuerza representaciones racistas acerca de los pueblos y naciones originarias y

CÓMO CITAR: Calixto-Rojas, Aitza M. (2026). De tributos y mantos de protección: La violencia de género en la formación médica en Oaxaca, México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 12, e1366. <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v12i1.1366>

Recibido: 26 de mayo
de 2025

Aceptado: 27 de abril
de 2026

Publicado: 01 de junio
de 2026



culpabiliza a las estudiantes por las violencias de género que ejercen sus superiores jerárquicos. El artículo concluye señalando la vinculación de la reproducción de la violencia de género en los espacios formativos con la construcción de la profesión médica como un epicentro de la denominada colonialidad moderna.

Palabras clave: antropología médica; violencia de género; profesionalización médica; antropología de la educación.

Abstract

This article documents and analyzes practices that normalize gender-based violence during medical training in Oaxaca, México. These practices take place in university education, hospital-based training, and mandatory social service. These forms of violence were documented over two years of ethnographic fieldwork with medical students in the city of Oaxaca. The analysis of these practices makes it possible to identify the role of coloniality of gender in medical professionalization. Within this framework, the article discusses how medical professionalization in Oaxaca reinforces racist representations of Indigenous peoples and nations, while blaming female students for the gender-based violence perpetrated by their hierarchical superiors. The article concludes by highlighting the link between the reproduction of gender-based violence in training spaces and the construction of the medical profession as an epicenter of modern coloniality.

Keywords: medical anthropology; gender-based violence; medical professionalization; anthropology of education.

Introducción

La profesionalización de las mujeres en medicina lleva medio siglo con un incremento sostenido en México (Álvarez-Llera, Sánchez-Meza, Piña-Garza, Martínez-González y Zentella-Maye, 2006; Rodríguez de Romo y Castañeda López, 2015). Sin embargo, el panorama se matiza cuando nos aproximamos a los ámbitos locales y tomamos en cuenta la cobertura de la educación superior. En Oaxaca, entidad federativa ubicada al sur del país y con una de las mayores presencias de pueblos y naciones originarias, el alcance de la educación superior es la más baja de la República Mexicana. La cobertura universitaria de instituciones públicas y privadas en Oaxaca es de sólo 21.4%, según la última medición de 2020, dato que además se recrudece por la injusticia espacial que caracteriza su distribución geográfica (González, Mejía y Pérez, 2022). Actualmente, sólo dos facultades de educación pública cuentan con la carrera de medicina, una en la capital del estado y otra en una cabecera distrital de la región de la Sierra Sur. Por esta razón, estudiar medicina en Oaxaca sigue siendo una excepcionalidad, reservada en su mayoría a estudiantes que radican en estos centros urbanos.

Para junio de 2017, la matrícula de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO) refería la presencia de un total de 1592 estudiantes, de los cuales 52% eran mujeres y 48% eran hombres. Esta distribución por género adquiere mayor relevancia cuando recordamos que en las primeras décadas de esta Facultad (1936 a 1954), ingresaron un total de 714 personas, de las cuales sólo cinco eran mujeres (Martínez-Soriano, 2014). Este notable incremento puede leerse como una muestra de que las mujeres ahora tienen acceso, no sólo a la universidad, sino a carreras que se llegaron a considerar eminentemente masculinas. Ante este incremento ha resultado relevante preguntarse si la incorporación de las mujeres a este campo profesional en Oaxaca supone enfrentarse a algún tipo de violencia de género en los espacios formativos.

De igual modo, y en consonancia con un enfoque descolonial, se ha vuelto pertinente indagar si estas violencias se encuentran permeadas por una colonialidad de género que, para este

caso, imbrique aspectos de la colonialidad del saber, dado el peso de la medicina en la configuración del dominio colonial del Abya Yala (Castro-Gómez, 2005).

A partir de estos cuestionamientos el artículo identifica y analiza las violencias que viven las mujeres durante su formación en medicina en Oaxaca, a través de un acercamiento etnográfico con estudiantes de la UABJO. Este abordaje ha permitido aproximarnos al tipo de obstáculos materiales y simbólicos que enfrentan las mujeres durante su formación profesional en Oaxaca.

A lo largo de este texto se describen y analizan tres prácticas de violencia de género documentadas en el proceso de trabajo de campo etnográfico y se discute cómo se han normalizado en la cotidianidad formativa. Estas prácticas corresponden a cada uno de los espacios que se tienen que transitar en México para licenciarse en medicina: la formación universitaria, el internado hospitalario de pregrado y el servicio social.

Estos hallazgos se discuten a la luz del feminismo descolonial (Lugones, 2008; Segato, 2013) para identificar los sistemas de dominación histórica que profundizan sus implicaciones para nuestro marco geográfico y sociohistórico. Es importante señalar que, como se mostrará en el análisis, la presencia de estas violencias no está en función de alguna gestión administrativa en particular, sino que se encuentran ancladas a un devenir formativo institucionalizado desde la configuración de la Universidad como un espacio patriarcal.

Métodos

Los datos etnográficos que se analizan corresponden al trabajo de campo de una investigación adscrita al Doctorado en Ciencias Sociomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en su línea de investigación de Antropología en Salud.

Dicha investigación ha tenido como propósito explorar etnográficamente la formación profesional del estudiantado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez (UABJO). Durante los dos años de trabajo de campo, que abarcó el proceso, se

retomaron las siguientes herramientas metodológicas que permitieron documentar las especificidades de la formación en términos de género, pertenencia a pueblos originarios y clase social.

- a) Cuestionario sociodemográfico y de balance del periodo escolarizado realizado al 95 por ciento del estudiantado de la generación (2012-2019) en julio de 2017, al finalizar su periodo universitario. Actividad que fue aprobada por las autoridades universitarias de la Facultad de Medicina de la UABJO.
- b) Entrevistas episódicas con enfoque afectivo (julio de 2017-marzo de 2020). Se recuperaron las experiencias relacionadas con las trayectorias formativas de cuatro médicas y dos médicos, durante sus periodos de internado hospitalario de pregrado y de servicio social. Su papel como colaboradores de esta investigación se fue configurando a través de un proceso de consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron con un enfoque centrado en los afectos de ida y vuelta que se producen en los encuentros orientados al tejido etnográfico, en consonancia con la propuesta sobre las etnografías afectivas de Pons-Rabasa (2018). Sus datos personales han sido protegidos mediante el anonimato, y la publicación de los resultados de investigación se ha realizado en periodos posteriores a sus procesos de titulación para evitar por completo su identificación.
- c) Etnografías hospitalarias: Se elaboraron diarios etnográficos basados en 120 horas de observación en salas de espera y en la realización de 18 guardias de 36 horas continuas en los tres hospitales de la ciudad de Oaxaca, dependientes de los Servicios de Salud Oaxaca, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Anualmente, la mitad del estudiantado egresado de la UABJO realiza su internado de pregrado en estos hospitales. Estas actividades fueron avaladas por las áreas de enseñanza de cada institución, de acuerdo con los mecanismos institucionales de cada Hospital.

Resultados

El análisis etnográfico de las experiencias y los datos recuperados en campo han permitido identificar tres prácticas emblemáticas que permitirán analizar cómo se ha normalizado la violencia de género en la trayectoria formativa de las médicas en Oaxaca y cuya exploración corresponde a un periodo de prepandemia COVID-19.

1. “Convertirse en tributo”: La trayectoria universitaria

Durante la investigación se documentó el papel preponderante que tiene obtener un buen promedio en la etapa universitaria porque las plazas del internado hospitalario de pregrado y del servicio social se eligen de acuerdo con el promedio general obtenido en los cinco años de formación universitaria en la Facultad.

Esta competencia permitió dar sentido a la frecuencia con la que se reportó la compraventa de calificaciones en esta etapa, ya que cada décima es definitiva en el orden de prelación que sigue la elección de las posteriores etapas formativas. En el cuestionario aplicado a la generación 2012-2017, 47% del estudiantado afirmó haberse enfrentado a esta problemática y 55% reportó haber tenido el dilema de denunciar o no estas situaciones. Estas prácticas también fueron documentadas con las entrevistas y charlas informales.

Los intercambios que se documentaron en el fenómeno de compraventa de calificaciones podían ser económicos, políticos, en especie o sexuales, pero también podían ser de carácter individual o grupal. El grupo de colaboradores afirmó que lo menos frecuente era el intercambio monetario. Según sus testimonios, lo que más se pedía era el apoyo político durante las elecciones universitarias o el pago de comidas grupales. En lo que se refería al intercambio sexual la dinámica también podía ser individual o grupal.

Para este artículo se retoma una dinámica de intercambio sexual que da cuenta de un fenómeno que se articula y normaliza en interacciones grupales frente a la autoridad docente. Se documentó lo que el estudiantado conocía como el “pago de tributo”, que consistía en que el grupo eligiera a alguna estudiante que estuviera “dispuesta” a hacerse cargo de gestionar

un trato preferente con todo el grupo a cambio de propiciar cierta cercanía erótica con el profesor a cargo de la materia. Este ejercicio se hacía en algunos cursos como entre broma y en serio, pero su planteamiento permite aproximarnos a violencias poco discutidas en las investigaciones antropológicas sobre la formación en medicina.

“Ya no somos niños, ya sabías a qué le dabas y si ‘tú eres el tributo’ ya sabes a qué vas, gracias a dios nunca fui tributo de nada, no me imagino ser así” (Colaboradora, 17 de octubre de 2018). La práctica del tributo incomodaba al grupo de colaboradores, no porque implicara la objetivación de sus compañeras, sino porque se estigmatizaba que algunas estuvieran “dispuestas” a intercambiar favores eróticos o sexuales con los docentes.

Muchos decían: es que a este doctor hay que darle un tributo, y por tributo se refieren a una chica a la que manoseen de mientras [...] para que todo salga bien y todos tengan 10 casi [...] Sí me acuerdo de que luego así pasaba cuando estábamos en quinto, de qué fulana de tal, el tributo, ¡vas! y ya ella de, ay sí doctor, vamos a comer, que esto, que el otro (Colaboradora, 17 de octubre de 2018).

La incomodidad de estas experiencias se orientaba al hecho de que hubiera compañeras a las que les “gustaba” llamar la atención de los profesores, contrastando esto con el reconocimiento del acoso sexual que sí consideraban “verdadero”, cuando las estudiantes no daban pie a estas conductas. Esto sitúa el problema del acoso sexual en la personalidad o intenciones de las estudiantes y no permite concentrarse en las conductas de los profesores que, al mantener una relación jerárquica en el aula, no marcan límites éticos o bien se encuentran en la permanente intención de relacionarse eróticamente con las estudiantes. Al respecto hay que precisar que la relación profesor-alumno/a se encuentra marcada por procesos de jerarquía y atracción que han sido explorados en estudios como los de Figueiredo da Silva y Votre (2009) con un enfoque etnometodológico y que harían indispensable un claro código ético de conducta del profesorado y demás mentores para el abordaje de estos procesos.

Yo tenía una compañera que yo pensé que era buena y la verdad no [...] una vez me dijo: “el doctor me manda mensajes”, porque era la jefa de grupo, “es que me manda mensajes y me manda fotos”, y yo de no, pues no hables con él, límitate a que sea algo profesional, y ella decía: “es que siempre me está marcando y marcando” y un día vi los mensajes y todo. Le mandaba chistes y cosas así [...] ya después conocimos que esta chava en realidad no era tan buena gente (Colaboradora, 17 de octubre de 2018).

Este relato permite reconocer la frecuencia con la que los médicos docentes de la facultad buscan relacionarse con las alumnas más allá del ámbito profesional, y la facilidad con la que se asume que las estudiantes no son tan inocentes como pudiera pensarse cuando se vuelven las protagonistas de estos escenarios. La vigilancia de estas conductas suele recaer en verificar que las estudiantes pongan límites claros, reproduciendo la representación social generalizada, hegemónica y machista de que “los hombres llegan hasta donde la mujer quiere”, que sigue resonando como uno de los ejes de la formación de las mujeres para el afrontamiento de la violencia machista en México. Representación social que también ha sido explorada en otras regiones del Abya Yala, como en el estudio de Rescia-Chinchilla y Veitch-Forbes (2017) acerca de los estereotipos de género en docentes de Costa Rica.

En este sentido, la práctica del tributo no se nombraba acoso o violencia de género, pues se asume que las mujeres que se convertían en tributo lo hacían con conocimiento de causa y voluntariamente. En el cuestionario aplicado a esta generación de estudiantes el 17% del estudiantado refirió haber sufrido acoso sexual por parte de sus docentes y sólo 8% considera haber enfrentado el dilema de denunciar esta situación, mientras que el 10% señaló haber vivido discriminación de género, llamando la atención la respuesta de una joven que escribió: “hay algunos profesores misóginos, pero no sé si se considera como discriminación”.

Estas respuestas y las conversaciones con el estudiantado permitían identificar la dificultad de conceptualizar la complejidad de los procesos que enfrentan las estudiantes como acoso, discriminación o violencia, sobre todo porque los discursos dominantes profundizan el imaginario de que esto sólo les pasa a estudiantes que “se prestaban” a estas prácticas, pero

también por la ambigüedad ética que empieza a sedimentarse en este proceso formativo. Es decir, se aprehende que los dilemas se resuelven en la práctica con un repertorio de valores individual y no con base en códigos de ética comunes y precisos.

Estos elementos nublan la comprensión de estas violencias y las deja como un problema de estudiantes que no le dejaron claro a los profesores y mentores hasta dónde podían llegar. En este escenario, lo que parece más conflictivo es que las estudiantes puedan tener “ventajas” por tener “la opción” de valerse de la objetivación de su género para conseguir un beneficio, sin discutir la estructura que lo promueve y permite; lo que refuerza la clasificación tradicional de que hay buenas y malas mujeres de acuerdo con su disposición de “darse o no a respetar”.

De este modo, se normaliza la violencia de género en el periodo universitario y se va sedimentando la percepción de que hay mujeres en la profesión médica que se “aprovechan” de la atracción erótica que “generan” para obtener beneficios, sin nombrar o incluso denunciar esta clase de conductas como experiencias de violencia. A este respecto, cabe señalar también que durante la investigación de campo en la universidad (2017) había en los baños de las mujeres letreros de los profesores que aceptaban favores sexuales para obtener mejores calificaciones, y que, en 2020, en consonancia con las primeras denuncias de acoso sexual a través de tendedores públicos, iniciadas por las estudiantes de bachillerato de la ciudad de Oaxaca, se realizó el primer tendadero de denuncia en la Facultad.

2. “El manto de protección”: El internado hospitalario de pregrado

El internado hospitalario de pregrado corresponde a un proceso de inserción institucional encaminada a fortalecer el entrenamiento clínico. A través de un esquema de mentoría con médicos y médicas especialistas, y a partir de la rotación periódica en los diferentes servicios que se ofrecen en los hospitales públicos los cuales, por su enfoque hacia la enseñanza, suelen denominarse hospitales-escuela, aunque en la práctica la presencia del estudiantado permita el desahogo de cargas de trabajo que sería imposible atender sin su presencia laboral en los servicios.

Durante el periodo de análisis se documentó lo que se denominaba “manto de protección”, y que hacía referencia a los beneficios que se les proporcionaban a las “preferidas” de los especialistas. El “manto de protección” era una forma de nombrar los privilegios que pueden tener las médicas internas por gustarle a un médico especialista. De acuerdo con los testimonios, esta “protección” se incrementaba a razón del grado de influencia o prestigio del médico especialista y podía alcanzar para tener “beneficios” en más de un servicio hospitalario.

“Sí me decepcionaba porque tal vez no era así un favor sexual, pero sí había favoritismo hacia las mujeres, sí le hacían la barba o le coqueteaban al doctor” (Colaborador, 25 de abril de 2019). El reconocimiento de contar con este “manto” se convierte en un fuerte estigma (Goffman, 1980), pues se subestima a la estudiante que se encuentra en esta posición y se le mira con suspicacia por contar con este “privilegio”.

En esta lógica, una colaboradora compartía que sentía que los médicos adscritos, responsables de su formación, podrían pensar sobre ella lo siguiente: “Ésta es muy tonta, bonita, pero es muy tonta [...] me enojaba conmigo, me sentía muy insegura de que me tomaran como la que no sabe y quién sabe cómo llegó aquí” (Colaboradora, 11 de marzo de 2019). Esta afirmación no corresponde a una percepción individual, sino a un panorama cotidiano en el que las estudiantes tenían que demostrar que no llegaron al internado por los aparentes beneficios que otorgan docentes y médicos especialistas a las estudiantes que se “prestan” a ser tributo o a usar el “manto de protección” que se ha descrito.

De este modo, se configuran dos representaciones para quienes van avanzando en los procesos formativos, las que tienen la capacidad, el aguante, la dureza y la inteligencia y las que sólo saben “aprovecharse” de su “belleza”.

A las mujeres casi no las insultaban, o sea sí las *gueyaban*, pero poquito [...] eran menos mala onda que conmigo y mis compañeros [...] sí las maltrataban, pero sin groserías. Yo me acuerdo de que por ejemplo a una compañera sí le

decían: “ay mijita nada más porque estás bien chula no te digo nada” (Colaborador, 29 de octubre de 2018).

Estas agresiones condescendientes en las que se deja de manifiesto que sólo por la belleza no se les maltrata, propicia la consolidación de procesos de autopercepción donde las mujeres tienen que mantener una batalla por el reconocimiento de su trabajo. Estas prácticas, en las que se les puede subestimar por su aspecto, motivaban que algunas internas quisieran “borrar” rasgos de su apariencia para pasar desapercibidas, aunque no faltaba que hasta sus gestos fueran evaluados haciendo juicios sobre sus sonrisas y muecas o bien que recibieran descalificaciones por estar “serias”, “enojadas” o “demasiado sensibles”.

En este proceso, algunas evitaban el maquillaje, usaban uniformes holgados o solían reducir su interacción con los especialistas, cuidaban ganar su respeto, incluso aparentando que no se conmovían o vinculaban con sus pacientes, por ser esto descalificado como debilidad al entrar en el ámbito de las emociones y de la vincularidad que se asocian con lo femenino. “Entre menos te importe, mejor médico serás” (Colaboradora, Diario de campo, 11 de diciembre de 2018). Al respecto, Eva Illouz (2007) explica que: “la jerarquía social que produce las divisiones de género contiene divisiones emocionales implícitas, sin las cuales hombres y mujeres no reproducirían sus roles e identidades” (p. 17), que para el caso de la medicina pasan por dejar de lado la sensibilidad y la vincularidad leídas como una “debilidad emocional”, eminentemente femenina.

Otras médicas resistían usando maquillaje y ropa ajustada, aunque no hubieran dormido ni tuvieran tiempo suficiente para detenerse al espejo, y negociando con este entorno desde las prácticas de “llamar la atención” que eran descalificadas en los términos que se han señalado, pero que podían ser sostenidas por cuestiones de clase o por redes familiares que les permitían ser tomadas “en serio”, a pesar de lucir este marcaje de género.

Sin embargo, ambas estrategias, las de invisibilizarse o hacerse visibles en torno a los roles de género vinculados con la belleza o la sensibilidad, sostiene de nuevo la representación de que es responsabilidad de las mujeres evitar que se les cosifique o se les subestime

profesionalmente. Durante este proceso formativo, nuevamente se normaliza el acoso sexual hacia las estudiantes, su subordinación profesional y la descalificación sistemática de las emociones que se encuentran socialmente feminizadas en los términos que Illouz (2007) ha desarrollado.

En las charlas informales que pude tener en los hospitales solían preguntarme si yo sabía qué era la LP, afortunadamente, por mi seguimiento a las páginas de redes sociales dedicadas a la publicación de memes, relacionados con el entorno médico, pude identificar ciertos términos del repertorio lingüístico del gremio antes de incursionar directamente en campo. Estas siglas hacen referencia a “La Putería”, entendida como una disposición al coqueteo y a los encuentros sexuales ocasionales que se consideran moneda corriente en el espacio hospitalario. Tomarlos a broma implicaba afianzar la ambigüedad ética que nubla el reconocimiento del acoso sexual y el intercambio de favores sexuales como una práctica rutinaria.

En una de las guardias en tococirugía unos internos me explicaron el nivel de LP que se ponía de manifiesto en cada especialidad. Los cirujanos se encontraban en el *top*, seguidos de las y los ginecólogos, pues esto también era clave, la LP te abrazaba más allá del género. Los encuentros sexuales sin un aparente compromiso de por medio solían ser una representación corriente del trabajo hospitalario, pero pude constatar que en la cotidianeidad el peso mayor de la LP radicaba en una suerte de coqueteo permanente que puede o no concretarse en el ámbito sexual o romántico.

Se trataba de ser parte de ese mercado erótico en el que se vive esta suerte de tensión sexual, que ahora podemos relacionar mucho con la categoría de *crush*¹ que forma parte de la vida sentimental contemporánea. Se trata de desear y ser deseado y mandar señales al respecto, que bien pueden quedarse circunscritas a actos de representación y no materializarse en un vínculo, más allá de este intercambio de estímulos eróticos.

¹ “La palabra inglesa *crush* significa ‘aplastar’, ‘machacar’, ‘exprimir’ [...] Pero en la jerga del siglo XXI se ha difundido como sinónimo de ‘ligue’, ‘amor a primera vista’, ‘enamoramiento repentino’, etc. Estas fórmulas se registran con frecuencia en las redes sociales, sobre todo, en plataformas de citas o encuentros virtuales” (Ver <https://fundeu.do/la-esquina-del-idioma-prefiera-expresiones-castizas-en-lugar-de-crush-use-amor-platonico>).

En el hospital son más descarados sinceramente, pero creo que uno por el mismo ambiente como que ya lo ve normal, bueno más que normal, común, es algo de todos los días, pero igual depende de cada quién, hay algunos que sí sacan provecho o hay otros que sólo lo hacen por diversión, pero por ejemplo sí había compañeras internas que aprovechaban eso para tener un cierto beneficio (Colaborador, 25 de abril de 2019).

En las narrativas jocosas en torno a la LP se señalaba que las mujeres podrían “acceder” a cierto intercambio de “coqueteos” con los especialistas a cambio de algún beneficio, consolidando el escenario que normaliza su objetivación. Se compartía que había cirujanos capaces de no programar ningún evento quirúrgico en una guardia con tal de que una interna “bonita” aceptara su invitación a cenar. De nuevo, las mujeres podían o no jugar estas cartas, pero serían descalificadas por esa “disposición” y por saber “beneficiarse” de estos escenarios, sin que hubiera reparo en el comportamiento de los médicos que planteaban estos intercambios.

De esta forma, el manto de protección y “aprovecharse” de la LP para tener beneficios como menos carga de trabajo y mejores horarios durante el internado hospitalario dan continuidad a los procesos que las estudiantes enfrentan durante su formación universitaria y, desafortunadamente, fortalecen la representación de que son ellas las responsables de las violencias de género que enfrentan en estos entornos.

3. “Ahí matan gratis”: El servicio social

Una etapa central de la formación en medicina en México corresponde al denominado servicio social que, durante el periodo analizado, seguía implicando que la mayoría de las y los pasantes de servicio social se convirtieran en el personal responsable de unidades médicas del primer nivel de atención. La elección de estos espacios de trabajo se realiza en función del promedio, de tal modo que los lugares más lejanos, que corresponden a los pueblos originarios más alejados de los servicios hospitalarios y los más precarizados históricamente, se convierten en espacios de “castigo” para quienes no se “esforzaron” lo suficiente para tener un mejor promedio.

Durante el servicio social se configura en las pasantes un miedo a la violación sexual permeado por imaginarios racistas que califican a los varones de los pueblos y naciones originarias como peligrosos, mientras que las violencias de género ejercidas por los varones con bata blanca o con la investidura del profesor son invisibilizadas, y se exagera la potencialidad de la violencia de género en espacios comunitarios indígenas o rurales.

Este miedo se profundiza cuando las estudiantes provienen de contextos urbanos, blanqueados o amestizados donde este prejuicio racista sobre la vida de las mujeres en los pueblos y naciones originarias las señala como víctimas pasivas de las violencias de género, imaginario que fue indagado a profundidad por Gargallo Celentani (2014).

La manifestación de esta afectividad sedimenta la representación social de que estas violencias se asocian con culturas “no civilizadas” que se niegan a acceder a una modernidad que simula “garantizar” el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. “La simbolización espacial del miedo no es una elaboración que realizan los agentes individualmente, por el contrario, es intrínsecamente relacional, en tanto se construye un imaginario de un ‘otro’ u ‘otros’ definidos como potenciales agresores” (Aguilar y Soto-Villagrán, 2013, p. 207). En este caso, el miedo a la violencia sexual consolida un imaginario institucional sobre las implicaciones del trabajo en el primer nivel de atención en las comunidades originarias en Oaxaca que requiere ser analizado en profundidad.

Esta afectividad tiene como marco referencial casos emblemáticos de violencia contra las y los médicos pasantes que profundizan este sentimiento de amenaza, las expresiones de “ahí matan gratis” son frecuentes como advertencia cuando les toca irse a un lugar alejado de los centros urbanos. Esta expresión suele acompañarse de discursos que afirman que en las comunidades no se entiende de “razones” y se puede violentar al personal médico porque no tienen la “capacidad” de entender sus problemáticas de salud o los requisitos institucionales.

En estos casos emblemáticos es frecuente que la violencia contra las y los pasantes tenga como trasfondo la precariedad de los servicios que pueden ofrecer como responsables de una unidad médica. En el servicio social, las y los pasantes trabajan sin los recursos materiales

necesarios, sin facilidades de traslado, sin suficiente entrenamiento clínico y sin referentes para proporcionar una atención a la salud culturalmente pertinente, en zonas que requieren servicios de salud resolutivos.

Las violencias de género contra las médicas pasantes, durante el servicio social, imbrican el cuestionamiento de su autoridad institucional y de sus conocimientos, pero se recrudecen con el desencuentro intercultural. Ante este panorama, los prejuicios racistas se convierten en una estrategia de autodefensa paradójica y cruel que estigmatiza a las personas, cuya salud, se convierte en la responsabilidad institucional de estas médicas y confina a las pasantes al miedo en un espacio de trabajo que con el tiempo tratarán de evitar.

Por otra parte, el acoso sexual y los casos de violaciones contra las médicas pasantes que se han denunciado y difundido se han convertido en las dolorosas confirmaciones de este miedo. El ataque perpetuado en 2015 por cinco varones contra una pasante del Instituto Politécnico Nacional en San Pedro Comitancillo, en la región del Istmo, ha sido uno de los casos que más han estremecido al gremio médico en Oaxaca durante el periodo que abarcó este análisis. Estos hombres, durante el ataque, afirmaron pertenecer al grupo delictivo de los Zetas (Matías, 2015). Se trata de un caso que ha evidenciado la profundización de las violencias de género propiciadas por la creciente presencia de grupos armados asociados con el tráfico de sustancias psicoactivas, que ahora se suma a la construcción y confirmación del miedo que se ha documentado.

Paradójicamente, el miedo a la violencia sexual dificulta que las médicas pasantes de servicio social se involucren en procesos comunitarios más allá de las responsabilidades administrativas y clínicas de sus centros de salud, a menos que sus propias referencias o pertenencia a los pueblos y naciones originarias les permitan desenvolverse con mayor seguridad en las tramas comunitarias. También existen mecanismos de contención de estas violencias, a través de las redes de cuidado que tejen las mujeres y varones aliados para enfrentar las violencias machistas en sus comunidades.

El miedo al “mundo” como el escenario de un daño futuro funciona como una forma de violencia en el presente, un encogimiento que puede involucrar una negativa a salir de los espacios acotados de la casa o una negativa a habitar lo que está afuera de maneras que anticipan el daño (caminar sola, caminar de noche y así sucesivamente) (Ahmed, 2015, p. 117).

Para muchas médicas pasantes el temor a sufrir violencia sexual durante el servicio social ha marcado su primera experiencia laboral en una comunidad originaria o rural. “Estoy sola en la unidad y luego me vienen a buscar en la noche, es peligroso” (Colaboradora, 11 de diciembre de 2018). “Si a mí me da miedo, imagínese a ellas, el riesgo que corren (Colaborador, junio de 2018).

Si en el mundo universitario y hospitalario bastaba con “darse a respetar” para evitar la violencia de género, en el servicio social no se visualiza que las mujeres puedan tener control alguno sobre esta amenaza, por lo que el miedo y la extrema precaución se convierten en las afectividades dominantes en estos periodos para muchas médicas pasantes.

En esta lógica, el miedo cumple con una doble función de estigmatización (Goffman, 1980), ya que subestima el trabajo del personal de salud que, por el servicio social o porque no tuvieron otra opción de contratación, trabajan en los pueblos y naciones originarias de Oaxaca. Al tiempo que descalifica a los pueblos que enfrentan problemáticas de salud y violencias de género, que no son inherentes a su cultura, sino el resultado de la precarización y despojo sistemático que han enfrentado. De esta forma, el miedo de las pasantes de servicio social cumple con la función social de confirmar un desencuentro intercultural que reproduce un crisol de prácticas y discursos racistas que se consolidan en esta etapa de la formación médica.

Discusión

Las violencias de género que enfrentan las mujeres en Oaxaca durante sus procesos formativos en medicina constituyen barreras simbólicas y materiales cuyo reconocimiento se

encuentra enmascarado en las lógicas jerárquicas y coloniales del saber médico. Las lógicas del sistema jerárquico de la profesión médica en México han sido ampliamente documentadas por estudios como los de Castro (2014) y Villanueva-Lozano (2019), y en otras regiones del Abya Yala en abordajes como los de Soto-Aracena, Matus-Betancourt, Soto-Villagrán, y Pérez-Villalobos (2021). Sin embargo, hasta ahora no se ha explorado en profundidad la trama colonial que las normaliza.

Estas violencias pueden leerse como una fusión interseccional (Lugones, 2005) que materializa los sistemas de opresión (Hill Collins y Bilge, 2019) en representaciones, prácticas y afectividades que reproducen, por un lado, la culpabilización y responsabilidad de las mujeres sobre las violencias que ejercen los varones que ostentan su profesión y por otro, profundizan los prejuicios racistas sobre la peligrosidad de la violencia de género que pueden ejercer los varones racializados.

La noción de fusión de Lugones (2005) nos permite situar a las y los sujetos dentro de sistemas de dominación que constriñen en todo momento las prácticas e interpretaciones involucradas en sus experiencias y trascender una perspectiva meramente interseccional.

La lógica de la dominación impone una concepción categorial de lo que de hecho es una fusión o una red de opresiones. El lugar de la opresión puede comprenderse como un solapamiento de opresiones que se cruzan o se entrelazan y que se entretajan o se fusionan. Género y raza, por ejemplo, no se cruzan como categorías de opresión separadas y separables. Más bien, la opresión de género y la de raza afectan a la gente sin ninguna posibilidad de separación (Lugones, 2005, p. 69).

Esto permite revelar no sólo las relaciones de dominación, sino enfatizar la posibilidad de resistencia y articulación, ya que son personas y no categorías abstractas las que enfrentan el mundo. “A la violencia se le hace frente con algún grado de oposición. La razón que comprendamos la lógica de la resistencia es porque hemos resistido a la violencia en la intersección de múltiples opresiones” (Lugones, 2005, p. 69).

Desafortunadamente, la resistencia —localizada en estos espacios de fusión— también puede fortalecer procesos dominación. En el universo de la formación médica en Oaxaca, las estudiantes materializan el derecho a la educación prometido por el Estado-Nación contemporáneo, enfrentando la violencia de género desde una retórica en la que asumen el control de su experiencia desde el paradigma de “darse a respetar” que obedece a una lógica individualizante propia de la “modernidad” (Quijano, 2019), implícita en el ejercicio de este derecho.

De igual forma, las estudiantes pueden asumir que, aquellas que no sean “dignas” del saber médico, siempre podrán sacar ventaja o benevolencia por ser mujeres, “aprovechándose” del incuestionable y permanente deseo erótico de los varones que fungen como sus docentes y mentores. Estos discursos, paradójicamente, terminan consolidando lo que Segato (2016) denomina una “moral conservadora de género”, ellas las representantes de las mujeres que discursivamente, ahora ostentan los derechos a la profesionalización y el trabajo, terminan reproduciendo los mismos procesos de culpabilización y revictimización de generaciones pasadas.

En las referencias a la dinámica del tributo se enfatiza con sospecha la disposición “voluntaria” de algunas estudiantes a someterse a este proceso. Este tributo es una ofrenda que confirma el carácter sacrificial de la profesión, pero sobre todo el costo que necesitan asumir las mujeres para entrar al pacto profesional que termina siendo también un pacto patriarcal. En este sentido, la elección de la palabra tributo revela la severidad del proceso. Cuando Segato (2016) aborda la finalidad de la violencia sexual explica que lo que está en juego:

[...]no es el orden de lo sexual sino del orden del poder [...] la libido se orienta aquí al poder y a un mandato de pares o de cofrades masculinos que exige una prueba de pertenencia al grupo [...] lo que refrenda la pertenencia al grupo es un tributo que, mediante exacción, fluye de la posición femenina a la masculina, construyéndola como resultado de ese proceso (p. 18).

La aceptación grupal de que las estudiantes puedan ser tributos de carácter sexual revela los sentidos patriarcales del pacto profesional. Sin embargo, para las médicas pertenecer no sólo implicará asumir la normalización de estos juegos y ofrendas de “seducción”, sino renunciar lo más posible a la sensibilidad y a la vincularidad que, al pertenecer a un ámbito afectivo y simbólico asociado con lo femenino, se consideran nocivas para la práctica médica.

Lo anterior, permite identificar las complejidades de leer la inserción profesional de las mujeres en la medicina como un avance para el ejercicio de sus derechos, cuando en la práctica están generándose entramados patriarcales que, de nuevo, las responsabilizan por las violencias de género que enfrentan. Con la retórica de los derechos ganados y la paridad de género en las universidades se encubren retóricas que, desde un paradigma individualizante, reproducen la sofisticación de violencias que se anclan en los discursos y estereotipos de género que se han encarnado en las mujeres mexicanas por generaciones.

Esta fórmula, donde las estudiantes asumen que depende de ellas no recibir las violencias de género que enfrentan durante su instrucción universitaria y hospitalaria, contrasta con la vulnerabilidad que asumen frente a los varones de los pueblos originarios. Sin embargo, en su conjunto, ambos procesos pertenecen a una lógica profesional que las convierten en sujetas subalternizadas en su gremio profesional, pero también en las portadoras de la “razón médica” frente a una población que violenta a las mujeres, por lo que se considera un atavismo cultural.

Esto configura un proceso de blanqueamiento ligado a su profesionalización. A través del miedo a la violencia sexual, que puede ser ejercida por los varones racializados, se cristaliza el discurso de que éstos se encuentran fuera del paradigma de “la razón” y que por ende no pueden respetar los derechos de las mujeres por su pertenencia sociocultural. Se asume que la violencia de género es un fenómeno propio de las culturas indígenas. Esto sin considerar que se trata de un asunto vinculado con el patriarcado occidental que se ha sedimentado de manera diferenciada por procesos de despojo y precarización.

De esta forma, normalizan la violencia de género permanente, pero de aparente baja

intensidad de sus colegas, al tiempo que profundizan la aversión al trabajo en pueblos y naciones originarias como espacios de riesgo en los que pueden sufrir la violencia sexual de los varones racializados. En esta aparente paradoja se ancla la noción de fusión a la que alude Lugones (2005), ya que es posible identificar los matices de una colonialidad del saber (Quijano, 2019) que se amalgama inexorablemente a la colonialidad de género.

Señalar esta contradicción no implica negar que las médicas sean sujetas de violencias de género en los espacios comunitarios. Los varones racializados han jugado un papel de bisagra en el entramado patriarcal de sus pueblos y naciones (Segato, 2013), pero la violencia de género no un rasgo inherente a su pertenencia a un pueblo o nación originaria, sino otra parte del espectro de las violencias patriarcales que ejercen los varones profesionalizados que fungen como sus profesores y mentores.

En esta lógica, el ejercicio de las violencias machistas corresponde a un proyecto colonial que tiene en la subordinación de género uno de sus paradigmas claves y no a una “herencia cultural” de los pueblos originarios. Los abordajes de la colonialidad del poder o de la llamada colonialidad moderna permiten ubicar la forma en la que el trabajo, la raza y el género han constituido ejes de dominación y opresión que han permeado la construcción de los Estados-Nación de los territorios colonizados, a través de prácticas, imaginarios e instituciones que reproducen estructuras de dominación de carácter colonial (Quijano, 2019).

El análisis propuesto no ignora la violencia de género presente en la vida comunitaria, ni romantiza sus procesos a través de un racismo condescendiente. Se busca retomar el abordaje de Segato (2013) que la explica como el resultado de un vector histórico que ha recrudecido el patriarcado en las comunidades a partir del despojo sistemático a los pueblos y naciones originarias. En este análisis se puede revelar cómo el Estado moderno otorga en el plano discursivo derechos que han sido arrebatados por la imposición de modelos que han socavado la posibilidad de la atención y resistencia comunitaria ante problemas como la violencia de género.

El polo modernizador estatal [...] rasga el tejido comunitario, genera dependencia, y ofrece con una mano la modernidad del discurso crítico igualitario, mientras con la otra ya introdujo los preceptos del individualismo y la modernidad instrumental de la razón liberal y capitalista, conjuntamente con el racismo [...] (Segato, 2013, p. 74).

La misma autora explica cómo el miedo se ha convertido en el centro del control social de las mujeres, pero también nos ayuda a comprender cómo los imaginarios acerca de la violencia de género en espacios comunitarios condensan un sesgo racializado y colonial que califica a las comunidades de pueblos originarios como los centros neurálgicos de esta violencia. En contraste, el análisis de lo que ha denominado pluralismo histórico, ha permitido identificar cómo ésta y otras violencias se han sedimentado como resultado de la colonialidad moderna y no por la prevalencia de un rasgo cultural inherente a los pueblos (Segato, 2013).

El proceso de blanqueamiento que supone la profesionalización en medicina tiene en estas tensiones un elemento central que se confirma cuando analizamos que las estudiantes que cuentan con referentes comunitarios —y que son las menos por las barreras de acceso a la formación universitaria— se desenvuelven con mayor facilidad en las redes y resistencias que tejen las mujeres en las comunidades para enfrentar y confrontar la violencia de género. En contraste con aquellas que, sin estos referentes, encarnan un miedo que va consolidando una aversión dolorosa y cruel para ellas y para quienes son y serán sus pacientes.

Estudios como los De la Cadena (2007) exploran el papel de la educación en los proyectos de Estado-Nación en los territorios del Abya Yala en lo que se refiere a procesos de “desindianización” y “blanqueamiento”. El servicio social, como la última frontera para licenciarse en medicina, cristaliza este blanqueamiento a través de imaginarios sobre los pueblos originarios que, en este caso, son sostenidos por el miedo que se ha explorado.

Yen Le analiza las representaciones de género y sexualidad en Estados Unidos y afirma que “En general, los hombres de color son vistos no como protectores sino más bien como

agresores —una amenaza para las mujeres blancas” (Lugones, 2005, p. 65). En este sentido y en el contexto oaxaqueño, los hombres profesionalizados en medicina pueden recibir a las estudiantes como tributo o pueden desplegar mantos de protección para “protegerlas” y reafirmar su superioridad profesional, pero sólo los hombres racializados son leídos como agresores sexuales potenciales contra los que no hay defensa, ni “razón” que valga.

En este sentido, la colonialidad de género permite explicar el contraste en la interpretación y estrategias de resistencia que construyen las mujeres que estudian medicina para enfrentar la violencia de género en sus espacios formativos porque “permite comprender la imposición opresiva como una interacción compleja de sistemas económicos, racializantes y generizantes, en los cuales cada persona en el encuentro colonial puede ser vista como un ser vivo, histórico, plenamente descrito” (Lugones, 2011, p. 110).

Cuando nos aproximamos a la intimidad de las relaciones sociales que teje el estudiantado de medicina durante su formación podemos identificar la configuración contradictoria de la profesionalización de las mujeres. Las violencias de género se conciben como un asunto que sólo es incontenible y crudo en los pueblos y naciones originarias porque su cultura les ha “impedido” acceder al paradigma del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. En esta lógica, se construye la representación de que las mujeres universitarias, las que luchan por escolarizarse, consiguen alejarse de estos atavismos culturales. Esto implica que, en los espacios educativos y con sus pares, dejen de vivir violencia de género porque, bajo el paradigma de los derechos de las mujeres, pueden asumir el control de los mecanismos de la seducción masculina. De esto se deriva la noción de que hasta pueden sacar ventaja de su condición de género para alcanzar el éxito profesional siempre que se encuentren en un medio urbanizado con hombres que compartan esta racionalidad “civilizada”.

La crítica descolonial permite situar la atención en las formas en que el Estado forma a las y los profesionales de la salud reproduciendo no sólo la colonialidad del saber —a través del ejercicio del saber médico como el único legítimo para la atención de los procesos de salud-enfermedad-atención—, sino la de género. Lo anterior, por medio de la interpretación reiterada de que la violencia de género es un rasgo cultural de los pueblos que se resisten a

respetar los derechos de las mujeres y nunca un asunto que les atravesase como gremio.

Observar el solapamiento o la intersección de opresiones es en consecuencia un importante paso en la resistencia contra la lógica de la opresión, que no reconoce las violencias causadas en el lugar de la intersección [...] El solapamiento es posible sólo si se disfraza la inseparabilidad de las opresiones. A dondequiera que miremos, encontramos el solapamiento de opresiones que nos incapacita para percibir y resistir a las opresiones como mezcladas y fundidas (Lugones, 2005, pp. 69-70).

Considerar a la violencia de género como un rasgo cultural de los pueblos y naciones indígenas ha sido instrumental para el saber médico cuya institucionalización en México y en otros horizontes del Abya Yala ha estado orientada a eliminar otros saberes y conocimientos ligados a la salud, en una empresa de carácter civilizatorio y, por ende, colonial. En este sentido, en Oaxaca y en otros entornos donde los pueblos y naciones originarias resisten en sus territorios, se les ha configurado como una alteridad homogénea cuya cultura reproduce problemas de salud y violencias porque no quieren acceder a los beneficios que trae la “educación” y “respetar” el universo de derechos humanos que consagra el Estado moderno, convirtiéndolos así en sujetos de tutela necesitados de una “piedad civilizatoria colonial” (Rufer, 2023, p. 32).

Los pueblos y naciones originarias, bajo la etiqueta de población indígena, se han convertido en objetos de la intervención estatal a través de una medicina que les construye como un campo de entrenamiento profesional, como representantes de todos los problemas de salud pública y como geografías de las que es necesario escapar, formando personal médico que aspira al trabajo hospitalario en centros urbanos y que vive como un castigo trabajar en sus territorios.

Desde la lógica de derechos, se reconoce a México como una nación multicultural y pluriétnica en 1995 por la presión de los movimientos de los pueblos y naciones originarias que tuvieron su expresión más visible en la irrupción pública del Ejército Zapatista de

Liberación Nacional en 1994. Sin embargo, ni esto, ni la ratificación en 1990 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales ha redundado en una transformación de las políticas públicas que se orientan, en este caso, a los servicios de salud responsables de la atención a pueblos y naciones originarias.

En Oaxaca, el personal médico en formación aprehende que puede ser víctima de esa otredad “no civilizada” que se consolidó en clave racial y racista a través de la categoría de indígena. En este sentido, las políticas públicas dirigidas a la población que entra dentro de este aspecto demográfico siguen planteando los problemas de salud y las violencias que se viven como un problema de diversidad sociocultural porque ni sus fundamentos teóricos, ni su suficiencia presupuestal consideran el peso que ha tenido el proceso de exterminio y despojo sistemático que ha perpetuado el Estado mexicano.

No se formula política pública en salud, ni se forma a las y los profesionales en medicina desde una lógica de restitución intercultural que diera coherencia al respeto de los derechos humanos y que sumara a los procesos internos de discusión y atención a los problemas comunitarios. Hacerlo implicaría comprometerse con el dismantelamiento de los prejuicios racistas que afirman que la violencia de género es un producto cultural de los pueblos y naciones originarias, y reconocer que se trata de un eje constituyente de la modernidad que nos atraviesa.

Conclusiones

Desde la perspectiva de Castro (2014) la violencia de género forma parte del *habitus* profesional que se afianza en la formación médica en México. La presente investigación sobre los procesos formativos en Oaxaca corrobora esta afirmación y se suma a los abordajes de Villanueva-Lozano (2019) sobre la violencia de género en los hospitales-escuela, agregando al espectro del análisis los condicionamientos relacionados con la colonialidad de género que dan lugar a prácticas institucionales de estigmatización y racismo.

Desde esta perspectiva, las violencias de género que enfrentan las estudiantes de medicina de Oaxaca pueden leerse como el costo de formar parte de un espectro sociocultural profesionalizado que las separa del resto de la población. Como se ha analizado, la diferenciación más profunda que se establece es con la población indígena a través del miedo.

En el discurso médico oaxaqueño se ha afianzado la representación de las comunidades indígenas como puntos centrales de la violencia contra las mujeres. Esto ha sedimentado un miedo asociado con la amenaza de sufrir violencia sexual cuando se labora en estos espacios. De esta forma, lo indígena, como una categoría racial sostenida por el Estado, ha convertido a los pueblos y naciones originarias en una masa homogénea que puede ser una amenaza para la integridad del personal de salud porque no respeta los derechos de las mujeres.

En esta lógica, las comunidades no sólo reciben servicios de salud precarizados y sin consideraciones interculturales, sino que se convierten en espacios de entrenamiento clínico que se viven como una amenaza, sobre todo para las médicas pasantes de servicio social. Elegir los espacios de servicio social en función del promedio ha confirmado esta violencia simbólica y racista, pues son estos lugares los que se quedan para quienes no tienen el promedio para el “elegir” algo más urbanizado.

La ceremonia de elección de plazas se convierte así en un espacio de humillación pública y de consolidación de la representación social de que trabajar en estos lugares es un castigo. Todo esto evidencia como se extienden las matrices de la colonialidad en la vida institucionalizada del saber-poder médico en una de las entidades federativas de México con mayor presencia de pueblos y naciones originarias.

Al respecto es indispensable reconocer que las y los médicos pasantes de servicio social no tendrían por qué volverse responsables de una unidad médica en estas comunidades cuando carecen no sólo del entrenamiento clínico en el primer nivel de atención, sino de una formación intercultural que les permita comprender el papel que ejercen en la comunidad para sumarse a las redes comunitarias que les permitan ejercer su trabajo con seguridad.

Las pasantes de servicio social deberían tener una comprensión amplia de lo que implica la violencia de género en estos contextos. Sin embargo, se las arroja al desconcierto de la atención comunitaria, con un miedo que se convierte en una afectividad espacial, donde personas imaginadas y proyectadas como carentes de razón, acorde con la lógica colonial, se convierten en amenazas. Esto sin ignorar que ni este personal, ni ningún otro, tendría que operar sin los recursos materiales, los derechos laborales y el equipo humano para desarrollar dignamente su trabajo.

A lo largo de este artículo también se ha analizado cómo durante la formación universitaria y hospitalaria se refuerza la representación machista de que las mujeres necesitan “darse a respetar” para evitar ser “tributo” o ser acosadas, generando la ilusión de que está en manos de las estudiantes evitar esta clase de experiencias. Ellas tienen que aprender a responsabilizarse de las violencias machistas que ejerce su propio gremio para pertenecer sin incomodar, al tiempo que hacen lo posible por lograr ser especialistas para contar con un mejor ingreso y alejarse lo más posible de la atención en comunidad. Parece preferible la negociación con las violencias de género normalizadas de sus colegas en los hospitales que enfrentar la amenaza que supone el trabajo comunitario.

En el hospital se asume que las médicas y las estudiantes tienen el poder de evitar las violencias de género si no dan pie a conductas románticas y que en todo caso tienen la opción de sacar ventaja de su condición de género, pero en el primer nivel de atención esta condición las pone en riesgo, independientemente de que se den o no a “respetar”. En esta lógica, la individuación propia de la colonialidad moderna, definida y analizada por autores como Quijano (1992) y Segato (2013), permite a las estudiantes asumir la ficción de que está en sus manos evitar los escauceos románticos de sus colegas, profesores y mentores.

La recompensa simbólica y material de enfrentarse a estas dificultades será formar parte de un saber legitimado que, además, puede distanciarlas, al menos simbólicamente, de las violencias de entornos socioculturales racializados, cuya “peligrosidad” se confirma una y otra vez a través de este miedo institucionalizado. Desafortunadamente, los caminos que han construido las estudiantes de medicina para afrontar las violencias de género terminan

favoreciendo representaciones machistas y racistas que las naturalizan. Por un lado, se invisibilizan las violencias machistas de los varones que ostentan una jerarquía situada en el saber legitimado de la medicina y, por otro, se instaura el miedo a la violencia sexual de los hombres racializados, cuyas violencias carecen de este manto de invisibilidad y son exacerbadas en el profundo desprecio racista hacia los pueblos y naciones originarias que ha formado históricamente parte del saber poder médico como lo ha evidenciado Castro Gómez (2005).

Esto impide la formación de alianzas para la atención y denuncia de las violencias estructurales que dificultan su profesionalización. La ambigüedad ética que promueven los procesos formativos tiene, en la dimensión de género, el ejemplo más preciso de cómo se aprende que convertirse en médico supone enfrentarse de manera individual a los dilemas éticos cotidianos en el proceso formativo, en su inserción laboral y en la atención de las y los pacientes. Cada profesional afina su brújula, muchas veces en consonancia con la naturalización y reproducción de violencias de género y violencias racistas.

En este tenor, la violencia de género se racializa se convierte en un problema de quien no ha accedido a la modernidad del Estado Nación contemporáneo que instauró la retórica de los derechos de las mujeres, sin cuestionar al patriarcado capitalista, que sostiene no sólo la opresión de las mujeres, sino la subordinación racista de los pueblos y naciones originarias. Las violencias de género que ejercen profesores y mentores necesitan ser nombradas y reconocidas porque se han anclado en una jerarquía médica que ha sido largamente descrita por la literatura especializada en los campos de la sociología y la antropología médicas. Sin embargo, la colonialidad de género y la explotación del gremio se han convertido en una bruma que dificulta los procesos organizativos de las estudiantes, mientras quienes las analizamos seguimos buscando caminos para hacer presentes nuestros diálogos.

El maltrato hacía el estudiantado implícito en la consolidación de esta jerarquía ha sido ampliamente documentado para el caso mexicano en estudios como los de Consejo y Viesca Treviño (2008), de Chávez-Rivera, Ramos-Lira y Abreu-Hernández (2016) y trabajos como los de Moreno-Tetlacuilo, Quezada-Yamamoto, Guevara-Ruiseñor, Ibarra-Araujo, Martínez-

Gatica y Pedraza-Moreno (2016) explican cómo este fenómeno atraviesa la formación en otras latitudes. Sin embargo, la departamentalización del conocimiento nos ha impedido transitar hacia la reflexión-acción inter y transdisciplinaria que propicie el desmantelamiento de violencias que terminan justificándose por la naturalización de esta jerarquía, que se considera, incluso teóricamente, inherente al campo médico.

Las trayectorias formativas de las estudiantes de medicina en Oaxaca revelan la densidad, profundidad y sofisticación de la trama colonial de orden patriarcal que forma parte del sistema de salud. Las violencias de género en los procesos de formación en Oaxaca permiten identificar cómo la profesión médica sigue siendo clave para la reproducción de la colonialidad moderna al sostener prácticas, imaginarios y discursos de la matriz de opresiones de género y raza que la revelan como un proceso histórico de larga duración. De igual manera, la reproducción y sofisticación de las violencias de género, así como las interpretaciones y resistencias con las que se enfrentan se pueden analizar como parte de la misma urdimbre en la que se instaura la racionalidad biomédica como la única válida para la atención de los procesos de salud-enfermedad-atención que ha sido explorada por la antropología mexicana por autores como Menéndez (2002) y Campos-Navarro (2016).

Las mujeres hacen presencia en los espacios educativos en profesiones y en porcentajes que eran impensables hace 50 años. Sin embargo, sus trayectorias están pautadas por violencias que refuerzan estereotipos que sofistican las opresiones que ahora quedan encubiertas en los discursos de la mujer emancipada, dueña de sí misma y con control del ejercicio de su sexualidad que responden a imaginarios modernos.

Analizar este proceso ha requerido realizar una investigación etnográfica que pudiera abarcar, para una misma generación, todo el proceso formativo para licenciarse en medicina, pero sobre todo contar con la colaboración, el diálogo y la reflexión de personas que atravesaban estos abismos cuando generosamente me compartieron sus experiencias. Para ellas todo mi agradecimiento, pero sobre todo el intento cotidiano de que nuestros diálogos sean semillas para la acción antipatriarcal y antirracista.

Fuentes consultadas

Hemerográficas

Matías, Pedro. (4 de noviembre de 2015). Caen dos de los cinco violadores de pasante de Medicina en Oaxaca. *Proceso*.
<https://www.proceso.com.mx/nacional/estados/2015/11/4/caen-dos-de-los-cinco-violadores-de-pasante-de-medicina-en-oaxaca-154631.html>

Bibliográficas

Aguilar, Miguel Ángel y Soto-Villagrán, Paula (Coords.). (2013). *Cuerpos, espacios y emociones. Aproximaciones desde las Ciencias Sociales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Iztapalapa/Miguel Ángel Porrúa.

Ahmed, Sara. (2015). *La política cultural de las emociones*. México: Programa Universitario de Estudios de Género-Universidad Nacional Autónoma de México

Álvarez-Llera, Guillermo; Sánchez-Meza, Celia Virginia; Piña-Garza, Beatriz; Martínez-González, Adrián y Zentella-Mayer, Martha. (2006). Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina. *Revista de la Facultad de Medicina* 49(4), 151-155.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12940>

Campos-Navarro, Roberto (Coord.). (2016). *Antropología médica e interculturalidad*. México: Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México/McGRAW-HILL/Interamericana Editores.

Castro-Gómez, Santiago. (2005). *La hybris del punto cero. Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Castro, Roberto. (2014). Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10(3), 339-351. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.397>

- Chávez-Rivera, Antonio; Ramos-Lira, Luciana y Abreu-Hernández, Luis Felipe. (2016). Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gaceta Médica de México*, 152(6), 796-811.
- Consejo, Carolina y Viesca-Treviño, Carlos. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 11(1), 16-20. <https://medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2008/hf081d.pdf>
- De la Cadena, Marisol (Ed.). (2007). *Formaciones de indianidad: Articulaciones raciales, mestizaje y nación en América Latina*. Popayán: Envión.
- Figueiredo da Silva, Carlos Alberto y Votre, Sebastião Josué. (2009). Encanto e fascínio: dimensões da sedução na educação. *Pensar a Prática*, 12(3), 1-12. <https://doi.org/10.5216/rpp.v12i3.6740>
- Gargallo-Celentani, Francesca. (2014). *Feminismos desde Abya Yala. Ideas y proposiciones de las mujeres de 607 pueblos en nuestra América*. México: Editorial Corte y Confección.
- Goffman, Erving. (1980). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- González, José L.; Mejía, Gustavo y Pérez, Tiffany A. (2022). Justicia espacial y derecho a la educación superior en Oaxaca: hacia una propuesta analítica de la oferta educativa. *Argumentos Estudios Críticos de la Sociedad*, (100), 179-196. <https://argumentos.xoc.uam.mx/index.php/argumentos/article/view/1383>
- Hill-Collins, Patricia y Bilge, Sirma. (2019). *Interseccionalidad*. Madrid: Ediciones Morata
- Illouz, Eva. (2007). *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos Aires: Katz Editores.

- Lugones, María. (2005). Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color. *Revista Internacional de Filosofía Política*, (25), 61-76.
<https://www.redalyc.org/pdf/592/59202503.pdf>
- Lugones, María. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73-101.
<https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>
- Lugones, María. (2011). Hacia un feminismo descolonial. *La Manzana de la Discordia*, 6(2), 105-117.
https://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/issue/view/166
- Martínez-Soriano, Odavías. (2014). *La enseñanza de la medicina en la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca: 1955-2010. De su consolidación a la acreditación*. Oaxaca: Carteles Editores.
- Menéndez, Eduardo. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Moreno-Tetlacuilo, Luz María Ángela; Quezada-Yamamoto, Harumi; Guevara-Ruiseñor, Elsa Susana; Ibarra-Araujo, Nora; Martínez-Gatica, Nora Liliana y Pedraza-Moreno, Roberto. (2016). Las relaciones de género y el maltrato en las escuelas de medicina: una agenda pendiente en México y el mundo. *Gaceta Médica de México*, 152(6), 812-818.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm166l.pdf>
- Pons-Rabasa, Alba. (2018). Vulnerabilidad analítica, interseccionalidad y ensamblajes: hacia una etnografía afectiva. En Alba Pons Rabasa y Siobhan Guerrero Mc Manus (Coords.), *Afecto, cuerpo e identidad. Reflexiones encarnadas en la investigación feminista*. (pp. 23-52). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas-Universidad Nacional Autónoma de México.

- Quijano, Aníbal. (1992). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Perú indígena*, 13(29), 11-20.
- Quijano, Aníbal. (2019). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Espacio Abierto*, Cuaderno Venezolano de Sociología, 28(1), 255-301. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12262976015>
- Rescia-Chinchilla, Lucía y Veitch-Forbes, Maritza. (2017). Reflexiones sobre la concepción de género de un grupo de docentes de educación secundaria. En Teresita Cordero-Cordero (Comp.), *Reflexiones desde la investigación socio-educativa en contextos de exclusión* (pp. 161-191). San José: Instituto de Investigación en Educación-Universidad de Costa Rica.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia y Castañeda López, Gabriela. (2015). Inicio de las mujeres en la medicina mexicana. *Revista de la Facultad de Medicina*, 58(2), 36-40. https://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=619:inicio-de-las-mujeres&Itemid=79
- Rufer, Mario (Coord.). (2023). *La colonialidad y sus nombres: conceptos clave*. Buenos Aires/México: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales/Siglo XXI Editores.
- Segato, Rita Laura. (2013). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Buenos Aires: Prometeo.
- Segato, Rita Laura. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Soto-Aracena, Andrea; Matus-Betancourt, Olga; Soto-Villagrán, Paula, y Pérez-Villalobos, Cristhian. (2021). Poder y género en las relaciones entre docentes y estudiantes de la carrera de medicina. *Revista médica de Chile*, 149(12), 1737-1743. <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/8736>

Villanueva-Lozano, Marcia. (2019). Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 5, 1-35.
<https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>

AITZA MIROSLAVA CALIXTO ROJAS

Antropóloga feminista y practicante de las artes vivas. Codirectora de Investigación y Diálogo para la Autogestión Social A.C. Posdoctorante del Instituto de Geografía de la UNAM. Doctora en Ciencias Sociomédicas por la Facultad de Medicina de la UNAM. Maestra en Antropología Social por el CIESAS. Licenciada en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales por el CIDE.