



Doctorado en Estudios Interdisciplinarios  

---

SOBRE PENSAMIENTO, CULTURA Y SOCIEDAD

**Tesis para optar al grado de Doctora en Estudios Interdisciplinarios  
sobre Pensamiento, Cultura y Sociedad**

Stella Maris Salinero Rates

**Violencia ginecológica y obstétrica en Chile: imaginarios  
sociales, experiencias y consecuencias**

Director de Tesis: Dr. Alberto Moreno Doña

Informantes: Dr. Mario Parada Lezcano

Dra. Pía Rodríguez Garrido

Dra. Pilar Jarpa Manzur

Facultad de Derecho

Valparaíso, abril 2024



## Agradecimientos

Esta investigación doctoral fue realizada gracias al financiamiento de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo ANID (Beca Doctorado Nacional, Programa de Capital Humano Avanzado)

Dicho esto, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas mujeres de Antofagasta, Valparaíso, Santiago y Puerto Natales que colaboraron generosamente en mi trabajo de campo, compartiendo sus experiencias de violencia en las consultas ginecológicas y obstétricas, muchas de ellas aún dolorosas, y que por mucho tiempo se mantuvieron en silencio. Gracias por sus agudas reflexiones sobre la violencia y por acompañarme con sus voces en la escritura de esta tesis.

Agradecer profundamente a Sabrina Galliani, Emilia Santander, Valeria Arancibia, Paula Gajardo, Bárbara González, Camila Llermaly, Mónica Ravelo, Jimena Silva, Javiera Valdebenito y Su Yáñez, por su apoyo entusiasta y comprometido en mi trabajo de campo. A Bárbara Vergara por las sesiones de serigrafía en el taller y por enseñarme a reflexionar visualmente.

A Claudia Fonseca y Patricia Obreque por las largas conversaciones sostenidas que enriquecieron mi trabajo, gracias por tanta generosidad y amistad.

A mi padre por su lectura atenta y comentarios sugerentes para mejorar mi trabajo.

A mis hermanas Alicia y Mónica Salinero Rates a las que acudí innumerables veces para resolver dudas en los campos disciplinares de las que ellas forman parte y por sus comentarios críticos que fortalecieron mi reflexión. También por recordarme el valor de mi trabajo en los momentos más difíciles de esta tesis.

A mis compañeras feministas de la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica Carmen García, Thania Guzmán y en especial a Daniela Vargas Castillo, por el camino recorrido para visibilizar y denunciar estas violencias.

También quisiera agradecer a mi profesor guía Dr. Alberto Moreno Doña, que me ayudó introduciendo a autores y conceptos clave para la reflexión sobre la violencia en el campo médico, así como su paciencia para que esta tesis saliera adelante.

A mi madre que desde temprana edad me introdujo en el pensamiento feminista, en la alegría de conocer la historia de las mujeres y en inculcarme la crítica del orden patriarcal. Gracias por tu escucha atenta y enriquecedora mirada sobre mi trabajo.

Agradecer a mi hijo Miguel que me acompañó a múltiples reuniones, jornadas y acciones contra la violencia ginecológica y obstétrica, y por último, y muy especialmente, a Manuel Cárdenas Castro por su apoyo incondicional en este largo proceso de tesis que ha significado múltiples transformaciones en nuestras vidas, por alentarme con palabras cálidas y sinceras cuando más lo necesité. Gracias nuevamente.

## Contenidos

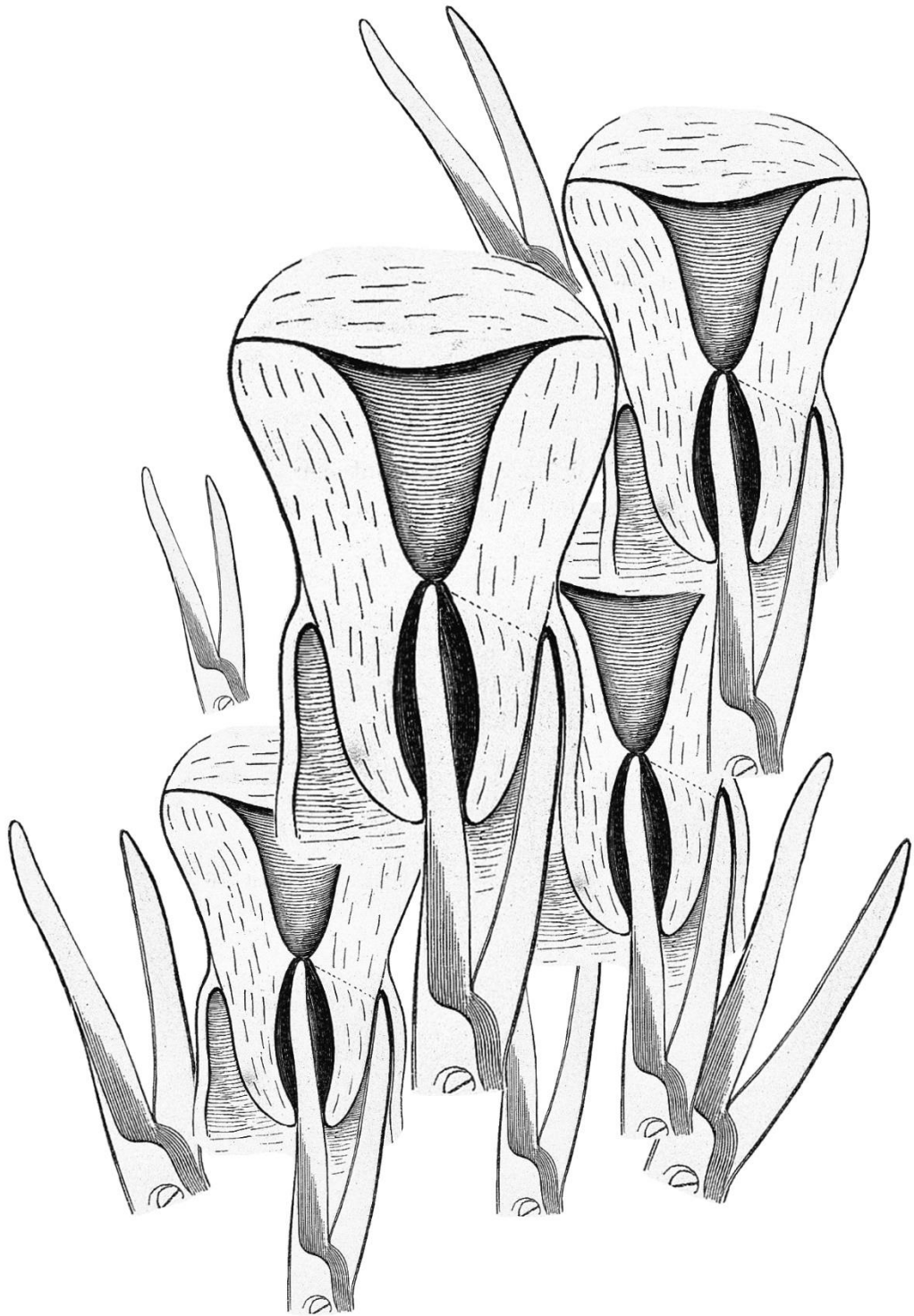
	Agradecimientos	02
	Resumen	04
<b>Capítulo 1</b>	Introducción	06
<b>Capítulo 2</b>	“Fue un terremoto”: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile	48
<b>Capítulo 3</b>	Posición obligatoria: experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile	81
<b>Capítulo 4</b>	“Acallar las voces del cuerpo”: patologización, medicalización y emociones encarnadas en las experiencias de violencia ginecológica y obstétrica	119
<b>Capítulo 5</b>	Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile	152
<b>Capítulo 6</b>	Violencia ginecológica y sus impactos en la percepción de sí mismas, su cuerpo y la sexualidad en personas asignadas mujer al nacer en Chile	171
<b>Capítulo 7</b>	Discusión general y conclusiones	206
	<b>Referencias</b>	244
<b>Anexos</b>	Reseña biográfica de las participantes en los grupos de discusión	275

## Resumen

El objeto de estudio de esta tesis doctoral es la violencia ginecológica y obstétrica en Chile. He intentado conocer y analizar dicha violencia, su relación con la cultura y los imaginarios sociales en torno a las mujeres y sus cuerpos, enfatizando en las consecuencias desde los impactos y transformaciones que produce en la vida de las personas que asisten a servicios de ginecología, hasta su expresión como experiencia de violencia común en nuestro país. Al mismo tiempo he dirigido la mirada hacia las atenciones ginecológicas, para hacer referencia a un espectro más amplio de atenciones que permite la identificación de violencias vividas por parte de las mujeres y personas que asisten a dichos servicios, que no se limitan a las experiencias de la reproducción.

Esta tesis se compone de cinco artículos, dos cuantitativos y tres cualitativos. Utilicé dos dispositivos de producción de información cualitativos (relatos de vida y grupos de discusión) y uno cuantitativo basado en datos secundarios de la Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile, GINOBS 2020. En el primer artículo, me centro en la violencia obstétrica y las transformaciones en el sí misma, cuerpo y sexualidad de cuatro mujeres que vivenciaron violencia obstétrica en servicios públicos y privados del país. En el segundo, realizado a partir de grupos de discusión, propongo reflexionar sobre la escena que constituye la consulta ginecológica, particularmente desde la posición de la examinación de rutina en la camilla, a la cual denomino “posición obligatoria”, como una idea-imagen desplegada en distintas dimensiones, tanto físicas como socio-simbólicas. En el tercer artículo, también parte de los resultados de los grupos de discusión, planteo que el imaginario social del cuerpo femenino como intrínsecamente patológico ha permeado la ginecología y obstetricia desde sus inicios, expresándose en diversas formas a lo largo del tiempo. En este contexto las nociones de “emociones encarnadas” y “memoria corporal” son propuestas como claves analíticas que señalan la imposibilidad de separar la experiencia vivida en las atenciones ginecológicas de este imaginario social. El cuarto artículo tuvo como objetivo indagar en la presencia de violencia ginecológica dentro del sistema de salud en Chile, cuantificar la magnitud de este problema y definir sus contornos generales utilizando los datos secundarios de la encuesta GINOBS 2020. En el quinto y último artículo, me centré en los impactos en el sí misma, cuerpo y sexualidad, referidos esta vez a la violencia ginecológica, también a partir de los datos de la encuesta. Los resultados muestran como la percepción de haber sufrido más violencia ginecológica en las diversas formas en que se indagó en la encuesta (física, psíquica y sexual), permiten predecir parcialmente el impacto diferencial en diferentes esferas de la vida de las participantes (autoimagen, autoestima, cuerpo, sexualidad).

Palabras clave: violencia ginecológica, violencia obstétrica, feminismos, imaginarios sociales, transformaciones en el sí misma.



Sin título, collage digital, 2018.

# Capítulo 1

## Introducción

Esta tesis lleva por título Violencia ginecológica y Obstétrica en Chile: imaginarios sociales, experiencias y consecuencias. La he desarrollado intentando alcanzar una comprensión e imagen más profunda de la problemática de la violencia ginecológica y obstétrica, la que es vivenciada por miles de mujeres y personas que asisten a los servicios de ginecología y obstetricia cada año en el país y el mundo, y que dada su magnitud constituye un grave problema de salud pública (Cárdenas y Salinero, 2022; Mena-Tudela et al., 2020).

Mi propuesta de abordaje es interdisciplinaria y está anclada en mi posición y vivencia como investigadora feminista y activista (Araiza y González, 2017; Lorde, 1984; Paituví, 2019). Desde allí he reunido y puesto en relación un conjunto de teorías y críticas realizadas desde una diversidad de estudios feministas (antirracistas, lesbianos, anticapitalistas, ecofeministas, entre otros) que se han desarrollado en torno a la salud de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer (Brown, Cano, 2019; Davis, 2018; Esteban, 1996; García Dauder, S. y Pérez Sedeño, 2017; Kapsalis, 2002; Martin, 200; Pérez San Martín, 2015; Rich, 1995; Vergara Sánchez, 2013). También me he nutrido de la crítica de la epistemología feminista a las ciencias (Haraway, 2004, Harding, 1996; Hubbard, 1995; Reverter-Bañón, 2017). Dicha crítica ha realizado un arduo trabajo para desmontar la pretendida objetividad del método científico, “objetividad” que resulta conveniente para mantener y reforzar la supuesta superioridad masculina, heterosexual y capacitista europea.

Las autoras mencionadas subrayan el androcentrismo y racismo al interior de las ciencias, elementos que ha constituido el sustrato del conocimiento científico. Asimismo, en este trabajo me he tenido que desplazar hacia la filosofía política, retomando los aportes de la crítica a la medicalización de la vida y la visión de la medicina como profesión inhabilitadora de nuestras capacidades de autosanación y cuidado (Illich, 2013). Para Illich (2013) la medicina se trataría de una práctica que genera dependencia, desconocimiento y daño (iatrogénesis), cuestión en la que ahondaré más adelante. De igual forma, esta tesis me ha exigido indagar en la historia y la antropología para comprender cómo se ha gestado el Modelo médico hegemónico (desde ahora MMH) y que constituye el marco que legitima la violencia en la ginecología y obstetricia (Araya, 2006; Belmartino, 1987; d'Oliveira, et al, 2002. Hustvedt, 2011; Maines, 2017; Menéndez, 1988; Schiebinger, 2004; Tarzibachi, 2017; Vallana, 2022; Zárate, 2001). Por otra parte, en este abordaje conceptual interdisciplinar he tomado el concepto de los imaginarios sociales, desarrollado por autores como Castoriadis (2010) y Baczko (1999), porque señala como las distintas sociedades distribuyen papeles o posiciones entre sus integrantes, inculcan e imponen creencias comunes que pueden guiar las acciones grupales e individuales sin que tengamos plena conciencia de ello, a través de la facultad creadora de la imaginación social. Mi interés en los imaginarios es doble, como espacio de reproducción social que refuerza las creencias patológicas sobre nuestros cuerpos y que han llevado a su sistemática medicalización y, por otro lado, la imaginación en tanto creadora e instituyente, esto es, como posibilidad de apertura a su crítica y transformación. Todo lo anterior poniendo el acento en la experiencia, en este caso de quienes han vivenciado la violencia obstétrica y ginecológica. La experiencia vivida y encarnada es la articuladora de las diversas dimensiones de los social, desde lo individual hasta lo colectivo, y constituye un lugar privilegiado de acceso

para la creación de conocimiento crítico, situado y encarnado de quienes han sido sistemáticamente borradas, invisibilizadas o no consideradas como voz autorizada, y que son precisamente hacia quienes va dirigida la violencia (Fernández-Garrido y Alegre-Agís, 2019; hooks, 2004, 2017; Madriz, 2001). Es dicha experiencia la que permite conocer los efectos y las consecuencias que la violencia genera en sus/nuestras vidas y posibilitar su denuncia crítica, que es el principal sentido que moviliza mi investigación.

Asimilar este conjunto de contenidos no ha sido para mí una tarea únicamente teórica. Para profundizar la reflexión en torno a los imaginarios sociales y como otra forma de investigación (no escrita), me di a la labor de realizar un conjunto de imágenes mediante técnicas de collage y serigrafía, las que anteceden cada parte de esta tesis, y que deben considerarse como reflexiones visuales de las problemáticas propuestas en cada una de ellas. No es solo un mero decorado de la tesis, sino que representan condensaciones de mi reflexión. Pero también debo decir que estas fueron nutridas por las reflexiones, experiencias y emociones encarnadas de todas las personas que colaboraron en mi trabajo de campo. Cuando muchas veces no sabía cómo avanzar con palabras, me dedicaba a explorar las imágenes y construir contra-relatos sobre la ginecología y la obstetricia. Trabajar con las imágenes me ha permitido representar aspectos de la complejidad que encarna la violencia ginecológica y obstétrica que el lenguaje escrito no me permite y al mismo tiempo trabajar con y desde los imaginarios.

Cuando afirmo que esta tesis tiene un marcado carácter interdisciplinario me refiero, como puede observarse en los párrafos anteriores, a la necesidad de indagar y hacer dialogar un conjunto de teorías diversas, provenientes de campos muchas veces separados (historia, filosofía política, teoría feminista, estudios sobre el cuerpo y la salud, etc.). Las

fuentes son diversas. Del mismo modo, me ha significado aprender y utilizar una serie de técnicas de recolección y análisis de la información, tanto cualitativas (entrevistas, grupos de discusión, análisis visual) como cuantitativas (encuesta y técnicas estadísticas de análisis). Hacer dialogar los métodos y teorías se constituyó en una tarea de enorme envergadura, en la cual tuve que dialogar con personas de formación diversa. El proceso mismo de elaboración de la tesis significó un recorrido lleno de cruces disciplinares y mi tarea fue hacer de puente para que ese diálogo fuera lo más fluido posible. Finalmente, espero haber elaborado un trabajo interdisciplinario, esto es, un conjunto de reflexiones que puedan ser útiles en campos diversos y que dialoguen productivamente con ellos (antropología médica, estudios de género, sociología de la salud, entre otros). En este sentido, espero que la tesis que presento contribuya en diversos campos, pero sobre todo tiene la vocación de incidir en una realidad cruda y enormemente cruel para muchas mujeres y personas asignadas al nacer como mujeres, y que tiene efectos duraderos e incluso, en muchos casos, indelebles sobre sus/nuestras vidas e identidades.

## Consideraciones generales sobre los estudios que componen esta tesis

Esta tesis está constituida por cinco apartados o capítulos. En el primero de ellos me detengo específicamente en la violencia obstétrica. A través de un enfoque biográfico narrativo realizo cuatro relatos de vida de mujeres de entre 30 y 35 años que residen en el centro del país (en las regiones Metropolitana y de Valparaíso), y que vivenciaron violencia obstétrica. Estas mujeres atendieron sus partos, tanto en recintos públicos como privados, entre los años 2008–2015. En estos relatos de vida pude conocer las transformaciones que produjo dicha violencia en su experiencia sobre sí mismas, sus cuerpos y sexualidad. El

fruto de este trabajo lleva por título “Fue un terremoto”: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile”. La metáfora del terremoto surgió del relato de una de las narradoras, y fue utilizado para evidenciar que la violencia vivida en su parto desestabilizó su vida, su crianza, la relación con su hijo y con su pareja, con su cuerpo y su propia sexualidad. La violencia tiene la capacidad de destruir los supuestos fundamentales que las personas tienen sobre el mundo y los otros/as, quebrantar la confianza en sí misma y en los/as demás (Janoff-Bulman, 1992). Así como ella, las otras narradoras también debieron reconstruir sus vidas, reconectar con su cuerpo y sexualidad, recomponer la imagen de sí mismas, reconociéndose diferentes en ese proceso. También relataron vivir rupturas de pareja, asistir a terapias psicológicas y de otro tipo por fuera del MMH. Se trata de un proceso largo y penoso, que implicó un gran esfuerzo físico y emocional, pero que las llevó a un profundo autoconocimiento. Su penosa experiencia permitió la emergencia de una conciencia ético-crítica que las movilizó a compartir su experiencia con otras mujeres y para cuestionar un sistema que produce daño.

Luego, en el segundo trabajo que constituye esta tesis, amplié la mirada desde la violencia obstétrica hacia la violencia ginecológica. Es decir, se hizo necesario pensar en todo aquello que ocurre más allá de las atenciones específicas de la gestación y el parto. Se trata de una expansión del concepto de violencia obstétrica a otros campos de atención de la salud de las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer. Es una forma de violencia que acompaña durante toda la vida a los cuerpos de quienes requieren estos servicios y que, de algún modo, va preparando a violencia obstétrica. Para indagar en este tema decidí realizar grupos de discusión en diversas ciudades del país. Corría el año 2019, y estos encuentros me llevaron hasta Antofagasta, Valparaíso, Santiago y Puerto Natales. Mi elección por los

grupos de discusión responde principalmente a que poseen una facultad muy especial: permiten romper colectivamente el silencio sobre problemáticas que afectan nuestras vidas y que como ésta se viven la mayoría de las veces en privado. Los grupos, ese circular de la palabra, permiten legitimar nuestras voces y experiencias. Esta dimensión del estudio incorpora las experiencias individuales y las pone en relación colectiva, abriendo un espacio para reflexión común sobre qué es lo que sucede al interior de la consulta ginecológica, sobre cómo nos sentimos y actuamos cuando acudimos a ella. Estos encuentros también nos permitieron evaluar ciertas creencias que se han puesto a circular en la sociedad sobre nuestros cuerpos, sus procesos y, por extensión, sobre nosotras. Muchos de estos patrones de creencias que circulan en lo social refieren a nosotras como siendo más propensas a la emocionalidad y a la irracionalidad, sobre todo durante los periodos de la menstruación o la llegada de la menopausia. De este modo, el objetivo principal de estos encuentros fue relacionar la violencia y los tratos recibidos con los imaginarios sociales que emanan desde la ginecología y obstétrica sobre nosotras y nuestros cuerpos. Es desde allí que intentamos construir juntas las conexiones posibles entre estas arraigadas imágenes sociales y sus consecuencias en nuestras vidas.

Cuando planeé los grupos de discusión estaba pensando más en el cuerpo intervenido, pero los comentarios de las colaboradoras me llevaron a la escena completa, a pensar en los instrumentos y en la posición. Así, gracias al debate y reflexión generada en estas instancias, construí dos propuestas para comprender la violencia ginecológica y obstétrica que se materializaron en los artículos “Posición obligatoria: experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile” y “Acallar las voces del cuerpo”: patologización, medicalización y emociones encarnadas en las experiencias de violencia

ginecológica y obstétrica”. Los dispositivos que introduje en el trabajo de campo tenían la intención de romper el silencio, legitimando colectivamente nuestras voces y experiencias. El concepto de violencia ginecológica es una creación que ha surgido de estos encuentros y que da cuenta de una experiencia para la cual la literatura académica no tenía hasta ahora un nombre. Esta transformación del silencio, de la falta de concepto que sistematice y de cuenta de una experiencia concreta, permite colectivizar y politizar vivencias que hasta ahora se mantenían en el campo de lo privado, como lo es la violencia ginecológica.

En el primero de estos textos propongo reflexionar sobre la escena que constituye la consulta ginecológica, particularmente desde la posición de la examinación de rutina en la camilla ginecológica en donde yacemos inmóviles, con la vista hacia el techo, vestidas solo con una bata, mientras nuestros genitales permanecen completamente expuestos a la vista de extraños y nuestras piernas sujetas en las perneras para facilitar la visión de quien nos atiende. Escuchamos ruidos metálicos y sentimos cómo nos introducen objetos, que por lo general están fríos, mientras nos piden que nos relajemos (esto en el caso que la persona que nos atiende se digne a dirigirse hacia nosotras). Dentro de esta escena ¿cuál es la posición física que debemos adoptar? ¿qué significaciones tiene esta posición? ¿por qué no nos ofrecen otras posiciones más cómodas? y además ¿qué nos produce a nivel emocional? Posición obligatoria es una idea-imagen desplegada en distintas dimensiones, tanto físicas como socio-simbólicas. Serían el correlato en la “visita” a la consulta ginecológica de nuestra posición subordinada en la sociedad, ya sea en el trato que se nos brinda como en el fuerte impacto emocional que tiene la camilla en donde se nos examina.

En “Acallar las voces del cuerpo: patologización, medicalización y emociones encarnadas en las experiencias de violencia ginecológica y obstétrica” planteo que el

imaginario social del cuerpo femenino como intrínsecamente patológico ha permeado la ginecología y obstetricia desde sus inicios, expresándose en diversas formas a lo largo del tiempo. Se trata de un imaginario que ha habilitado a la disciplina para intervenir los cuerpos en vistas a repararlo a través de la medicalización. En este contexto las nociones de emociones encarnadas y memoria corporal son propuestas como claves analíticas que señalan la imposibilidad de separar la experiencia vivida en las atenciones ginecológicas de este imaginario social y que, ante la exigencia de la consulta ginecológica de hacer la desconexión del cuerpo y la persona que somos, hace emerger las voces del cuerpo.

En los siguientes artículos me interno en la magnitud del fenómeno de la violencia ginecológica y obstétrica, a través de la información generada por la Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile (GINOBS-2020). Dicha encuesta fue realizada por la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica de la que formo parte y en la cual trabajé desde su proceso de creación. En 2018 constituimos la colectiva de reflexión y acción y comenzamos por la aplicación de un cuestionario que nos permitiese indagar en la magnitud del fenómeno de la violencia ginecológica y obstétrica. Necesitábamos hacer visible y evidente con las cifras en la mano que se trataba de una experiencia extendida, parte de la vivencia compartida de las personas asignadas al nacer como mujeres, y extensión de la violencia cotidiana al plano específico de la salud. Así fue cómo realizamos a fines del 2019 y principios de 2020 la Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica. En dicha encuesta participaron más de cinco mil personas de todas las regiones del país. Si bien, en un comienzo este trabajo tenía que ver más con la militancia, decidí incorporarla a mi tesis como análisis de datos secundarios porque además de hacer sentido a mi posicionamiento como investigadora activista,

posibilita el acceso a una imagen macro, un marco general que nos permite mirar todo lo trabajado, y desde una perspectiva que desgraciadamente señala la magnitud y prevalencia de la violencia ginecológica y obstétrica como experiencia vivida y compartida por diversas mujeres y personas que utilizan dichos servicios en Chile. Así la utilización de los datos de la encuesta me permite fortalecer los hallazgos cualitativos (Pedrero, 2012) de las propuestas conceptuales que he construido en torno a la violencia ginecológica y obstétrica, cuestión que trabajaré en la discusión de esta tesis. Para mí estas metodologías son complementarias y se robustecen mutuamente. Dicho esto, el trabajo de tesis fue mutando de lo considerado un enfoque cualitativo hacia un enfoque de metodología mixta (Hamui Sutton, 2013).

De esta encuesta nació el artículo “Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile” y su objetivo fue indagar en la presencia de violencia ginecológica dentro del sistema de salud en Chile, cuantificar la magnitud de este problema, definir sus contornos generales y visibilizar un fenómeno hasta ahora silenciado, ya que como he manifestado, se ha denunciado principalmente la violencia acontecida en el terreno de la gestación y del parto. Por otra parte, esta encuesta nos permitiría triangular información, esto es, adoptar diferentes perspectivas sobre el problema sometido a estudio combinando diferentes clases de datos que permitan mejorar la calidad del proceso de investigación (Flick, 2014, Hamui Sutton, 2013).

Recuerdo que cuando realizaba la encuesta a una mujer mayor en Valparaíso, que tuvo cuatro partos en el sector público, me dijo que aquello en lo que más se sintió violentada fue cuando una mujer joven en el consultorio le realizó un examen con espéculo de manera muy brusca, donde le pellizcó su vulva y le causó mucho dolor en su zona

genital. Cuando le expresó su dolor ella ni siquiera tuvo la delicadeza de pedirle disculpas. Me dijo que ella había vivido “el maltrato normal de las salas de parto” (“no te gustó, ahora no te quejes”), pero que esa situación la había marcado y alejado de la consulta ginecológica. Para ella tenía una significación de violencia mayor que las otras que había vivido y que juzgaba como “maltrato normal”. Las experiencias de esta mujer y de muchas otras (un 67% declaró haber vivido violencia ginecológica y un 80%, de las más de cinco mil mujeres que participaron del estudio, declaró haber experimentado violencia durante su gestación, parto o puerperio). La principal virtud de esta encuesta no radica en haber “extraído” información valiosa para la denuncia, sino en haber permitido que muchas mujeres y personas que acuden a los servicios de ginecología y obstetricia reflexionaran sobre su experiencia pasada y tomaran consciencia de que lo que les había ocurrido (y que muchas de ellas intuían no había estado bien) podía ahora condensarse bajo el concepto de violencia ginecológica.

Este breve relato que presento arriba se relaciona con los resultados del estudio donde, como veremos, una de las formas más frecuentes de violencia apunta a la realización de procedimientos que se juzgan como intencionalmente dolorosos (80,2%). Estos procedimientos que se tornan dolorosos se relacionan muchas veces con la actitud crítica de las “pacientes”, con el castigo a su deseo de saber sobre el porqué de un procedimiento, o simplemente con características sociodemográficas de las consultantes. En este estudio pudimos dar cuenta que ciertas formas de violencia se incrementan en los servicios públicos (y otras son más típicas de los servicios privados), que recrudece en personas con menos años de estudios formales, en las personas más jóvenes (se castiga la sexualidad considerada prematura) y las mayores (una persona no reproductiva deja de ser

muchas veces de interés para estas disciplinas, cuestión que también fue señalado en los grupos de discusión por las mujeres mayores que colaboraron). Producto de la violencia, muchas personas -como la que me relató su experiencia- dejaron de atender su salud ginecológica.

En estos mismos estudios elaboré una importante información que me permitió refrendar lo que en entrevistas y en los grupos de discusión ya sabíamos: el profundo impacto que la violencia tiene en el autoconcepto y la autoestima (sí misma), en los cuerpos y la sexualidad de quienes vivenciaron violencia ginecológica. Esto me permitió incluir un espectro más amplio de identidades que en mi trabajo inicial sobre violencia obstétrica “Fue un terremoto” no estaban siendo consideradas, como mujeres mayores, afrodescendientes, lesbianas, pertenecientes a etnias originarias, o de diferentes niveles educacionales. Lo anterior me interpeló a incorporar una perspectiva interseccional en los análisis, esto es, considerar que cada persona ostenta privilegios, o carece de estos, dada su adscripción a diversas categorías sociales. El título que lleva este trabajo es “Violencia ginecológica y sus impactos en la percepción de sí mismas, su cuerpo y la sexualidad en personas asignadas mujer al nacer en Chile”.

El impacto reportado en la autoimagen, en la autoestima, en la forma de percibir sus cuerpos y vivir la sexualidad es muy relevante para entender la dimensión política de esta violencia, la que tiene como objeto dañar la experiencia del cuerpo y la sexualidad como espacios de goce, placer y libertad, colaborando con ello a perpetuar la dominación y controlar los cuerpos. Los resultados muestran como la percepción de haber sufrido más violencia ginecológica en las diversas formas en que se indagó en la encuesta (física, psíquica y sexual), permiten predecir parcialmente el impacto diferencial en diferentes

esferas de la vida de las participantes. Así, una menor edad al momento de ocurrir la violencia predice mayor impacto en la percepción del propio cuerpo, la autoimagen, la autoestima y la sexualidad. Del mismo modo hay ciertas corporalidades más sancionadas y castigadas en la medida que la ginecología y la obstetricia se constituye en una disciplina heteronormada, dirigida a mujeres cisgénero y donde otros criterios de exclusión (raza/etnia, clase social e identidad sexo/genérica) se hacen pertinentes para el ejercicio del control social.

En este recorrido, he intentado ir desde lo micro (los relatos de vida), en un proceso íntimo y personal de compartir la experiencia y entregar una escucha atenta, hacia lo colectivo (en los grupos de discusión), en donde se dispuso el relato personal en relación con las experiencias compartidas por las demás colaboradoras para hacer surgir lo que han denominado la autoconciencia (Sarachild citada en Kamberelis y Dimitriadis, 2015), y desde ese nivel grupal hasta lo macrosocial (que sería el contexto desde un gran número de personas que participó en la encuesta). Lo anterior, en conjunto, me ha permitido afirmar que la violencia ginecológica es parte del continuo de la violencia hacia las mujeres y personas asignadas como mujeres al nacer, pero también conocer de modo más profundo cómo asignamos valor a estas experiencias, cómo nos han afectado o siguen afectando, cómo les asignamos sentido.

El sentido de la encuesta que aplicamos no es ingenuo. Se trata de una “encuesta de parte” (Conti, 2004) que asume desde el comienzo la existencia de violencia y su crítica, y que pretende hacer reflexionar sobre la propia experiencia encarnada. Se trata de poner nombres, denunciar, conjugar voluntades al servicio de la transformación social. De lo que se trata es de hacer que la experiencia personal cuente, que no quede aislada, mostrar que es

parte de la experiencia compartida y cotidiana de miles de mujeres y personas que asisten a los servicios de ginecología y obstetricia.

Del mismo modo, he transitado desde un nivel individual en la zona central del país, donde se concentra la mayor población y se encuentra la más grande y moderna infraestructura de salud, hacia lo colectivo en un mapa más amplio que incluye regiones extremas del país con menor diversidad y oferta de servicios específicos de salud y con mayores dificultades en el acceso, para finalmente, integrar un panorama a nivel nacional, por medio de la información recaba por la encuesta por quienes compartieron sus vivencias al responderla.

El criterio de elección de tesis por artículo como formato del desarrollo de esta investigación responde a dos cuestiones. En primer lugar, influyó en mi decisión la vivencia de la pandemia, necesitaba un formato que me permitiera avanzar en los tiempos de los que disponía ya que soy muy lenta en la escritura y se me hacía inacabable un primer capítulo en el formato convencional. Y la otra cuestión que fue la que me terminó de convencer es que publicación de los artículos contribuía a poner en el espacio público, más rápidamente que una tesis convencional, los resultados de mi investigación. Se trata de una comunicación más directa y rápida, que además se transformó en modelo para la escritura de varias columnas de opinión en diversos medios de prensa<sup>1</sup>. El primer artículo que abre

---

<sup>1</sup> “El Parto en casa una respuesta a la violencia obstétrica e institucional”, columna de opinión publicada en el diario El Mostrador, el día 18 de noviembre de 2017. Disponible en : <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/11/18/parto-en-casa-una-respuesta-a-la-violencia-obstetrica-e-institucional/>

“Violencia ginecológica y obstétrica en Chile”, columna de opinión publicada en el Diario Electrónico de la Radio de la Universidad de Chile, el día 28 de mayo de 2020. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2020/05/28/violencia-ginecologica-y-obstetrica-en-chile/>

“Objetualización y paternalismo en ginecología: la importancia de protocolos y consentimiento expreso”, columna de opinión aparecida en dos partes en el diario El Mostrador, el día 18 de julio y 26 de julio de 2023. Disponibles en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2023/07/26/objetualizacion-y-paternalismo-en-ginecologia->

esta tesis “Fue un terremoto” me fue muy comentado por activistas feministas por los derechos del nacimiento y en contra de la violencia obstétrica, las que están además trabajando en el ámbito del proyecto conocido como Ley Adriana que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, sancionando la violencia gineco-obstétrica. A ellas les hizo sentido y me lo comentaron en actividades online en las que participé y cómo lo utilizaron, junto con los informes de resultados de la encuesta y otros artículos de esta tesis, en sus presentaciones en el Congreso Nacional. Así lo consideran como una herramienta con fuerza argumentativa en contra de la violencia ginecológica y obstétrica.

La lógica de los artículos me permitió entrar rápidamente en la discusión pública. Es por ello que el año 2022 recibí la invitación de Karem Orrego, editora del Boletín Legislativo Mujeres y Géneros de la Biblioteca del Congreso Nacional, para comentar el Proyecto de Ley sobre Violencia Gineco Obstétrica que mencioné más arriba. Asimismo, debo mencionar la dificultad de realizar una tesis interdisciplinaria que mantiene intacto el paradigma de la creación autoral única. Una parte importante de mi trabajo lo he llevado adelante gracias al apoyo de grupos de trabajo en los que me he desenvuelto en estos últimos años. La tesis por compendio de artículos nos permite presentar solo un trabajo en coautoría y éste debe ser como primera autora. De allí que no haya podido incluir un conjunto extenso de trabajos (artículos y documentos técnicos) que habrían ayudado a dar mejor cuenta del proceso reflexivo, proceso que incluye a otras y otros, y dar un tono más acabado a esta versión de la tesis.

---

[la-importancia-de-protocolos-y-el-consentimiento-2/](https://www.elmostrador.cl/braga/2023/07/18/objetualizacion-y-paternalismo-en-ginecologia-la-importancia-de-protocolos-y-consentimiento-expreso/) y <https://www.elmostrador.cl/braga/2023/07/18/objetualizacion-y-paternalismo-en-ginecologia-la-importancia-de-protocolos-y-consentimiento-expreso/>

## Itinerario del proceso de investigación: posicionamientos, dificultades, aprendizajes

La elaboración de esta tesis ha sido un trabajo intenso, extenso y difícil para una historiadora del Arte habituada a trabajar desde la lógica del ensayo principalmente. Difícil porque me significó ingresar en terrenos metodológicos y teóricos distintos a aquellos a los que estaba habituada y en donde cuestiones que para mí resultan fundamentales pueden considerarse “detalles”. Esta tesis doctoral (expandida más allá de los límites de lo académico haciendo converger distintas áreas de mi vida, desdibujando los terrenos entre mi activismo y la investigación) me llevó a experimentar en múltiples niveles metodológicos: perspectiva cualitativa en ciencias sociales, perspectiva cuantitativa desde el uso de la encuesta como herramienta política, la construcción de imágenes y aprendizaje de la técnica serigráfica y de herramientas digitales, que me llevó a tener como horizonte metodológico la investigación militante o activista de carácter feminista (Malo, 2004; Hale, 2001), ya que mi objetivo al utilizar las diversas herramientas (relatos de vida, grupos de discusión, encuesta) ha sido instar a situarse a las personas desde la experiencia y provocar así una reflexión, preguntándose por aspectos de su vida quizás nunca antes cuestionados, como las atenciones ginecológicas y obstétricas, vinculándolas con otras dimensiones de la opresión y dominación en nuestras vidas. Como ya he expuesto, la investigación se llevó a cabo en la convergencia de múltiples miradas/perspectivas, entre entrevistas y relatos de vida, grupos de discusión en diversas ciudades del país, creación de imágenes a través del collage y de la serigrafía hasta la información recaba por la encuesta como parte de mi activismo feminista en la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica que

decidí incluir y cuyos datos secundarios he trabajado en la confianza de que las encuestas deben servir para producir reflexión y no simplemente “extraer información”. En este sentido, todos los métodos y técnicas elegidos trabajan juntos.

Difícil e intenso también porque trabajar con el dolor y la violencia conlleva rabia e impotencia, porque cada número o porcentaje revelan un conjunto de experiencias, porque cada una se traduce en una historia concreta y de vidas que se ven afectadas y transformadas. La ruptura de los supuestos sobre el mundo, la creencia en las instituciones, el lazo que nos une intersubjetivamente con las y los otros, se ve afectado. Y todo esto muchas veces ocurre ante la desidia del resto. Cuando quienes deben cuidarnos nos dañan, el impacto de la violencia se torna aún más profundo y duradero. Con cierto sabor amargo debo decir que debí escuchar en diferentes contextos académicos (clases, conversatorios, seminarios, etc.) comentarios sobre por qué no había decidido hablar mejor de la resistencia o la agencia de las mujeres en estas situaciones de violencia, aludiendo al victimismo que supuestamente mi trabajo ponía de relieve. Por supuesto que es necesario trabajar las resistencias, pero siento que lo anterior revela una actitud generalizada respecto a la violencia contra las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer, que responsabiliza a quien va dirigida la violencia, que juzga su vivencia (reconocimiento) y que también dejar ver el profundo individualismo que opera en nuestra sociedad. Se trata de un discurso muy a la moda que nos niega incluso la posibilidad de posicionarnos desde un lugar concreto. La crítica desde el lugar de las víctimas parece ilegítima para el sistema e incluso para algunas personas que pretenden situarse desde su campo. Desde esta perspectiva ser víctima es padecer una injusticia, es ver negada nuestra autonomía y reconocernos con otras como

excluidas y negadas en nuestra capacidad para realizar nuestros propios proyectos vitales, todo ello a través de la humillación y la violencia.

Mientras escribo estas líneas reviso un libro de Susan Sontag que lleva por título *Ante el dolor de los demás* (2003), y que habla sobre la desafección que produce en las personas, consideradas espectadores, el desfile de imágenes de la guerra que inundan y desbordan los medios de comunicación en especial la televisión. En el caso del tema de esta tesis, y por supuesto guardando las proporciones, ni siquiera podemos ver la imagen de la víctima, porque nos es negada y en su lugar se yergue otra cosa, una demanda, un mandato. ¿Cómo no vamos a poder hablar de violencia, de la experiencia misma en tanto violencia? ¿Cómo vamos a ir tan rápido a buscar las formas en que resistimos dentro del sistema de opresión sin hacer un lugar a tantas víctimas? Desde esta perspectiva la violencia es siempre una negación del otro. La violencia es la ruptura de un límite por medio de la fuerza (Längele, 2009) y que muchas veces causa una herida difícil o imposible de cerrar sin un adecuado proceso de elaboración, lento y complejo, que recuerda con el dolor que la acompaña de la posición que se nos asigna en el terreno social y que ahora, desde posiciones más o menos bien intencionadas, nos quiere cerrar las puertas al reconocimiento y la identificación (Benjamin, 2012). Actualmente sigo trabajando, ya que la tesis más que un cierre es un comienzo, en los modos de afrontar la violencia. Puedo decir que efectivamente en el relato de la experiencia de violencia surge también el de las formas en que se enfrentó dicha violencia, de los mecanismos para lidiar cotidianamente con ella, e incluso en mi estudio sobre violencia obstétrica algunas de las narradoras me contaron cómo se enfrentaron a las personas que las violentaron (tanto a ginecólogos como a matronas). Aprender formas de afrontar que sean positivas para la persona es un proceso

que surge muchas veces de un penoso aprendizaje, el cual puede hacerse también acompañada de otras cuando la experiencia es validada y reconocida.

Desde hace un par de décadas se ha comenzado lentamente a visibilizar y denunciar la violencia médica, con mucha resistencia de los gremios de médicos/as, de matronas y matrones, así como de las instituciones de salud. Es por ello que resulta importante describir lo que constituye violencia obstétrica y ginecológica (de esta última casi no se habla), en qué dimensiones se expresa, las distintas modalidades que toma según atención pública o privada en nuestro contexto, así como conocer sus efectos y la profundidad del impacto en la vida de quienes la experimentan. Pero me parecía y me sigue pareciendo una interpelación invertida, realizada con cierto desdén e indiferencia hacia la problemática de la violencia que ponía un muro, un límite a la escucha y por supuesto a la reflexión y comprensión de este grave problema social, cultural y político. Creo que es necesario interpelar a quienes (instituciones y personas) producen la violencia, no a quien la recibe. Hay situaciones en que la agencia está muy limitada, por no decir anulada. Se trata de situaciones donde la asimetría de poder es abismal, donde la persona no se encuentra preparada para el tratamiento que recibe y se encuentra sola frente a un sistema (cultural e institucional) altamente segmentado por clase social, jerárquico y autoritario, dentro de una cultura que no cuestiona el decir y saber médico. Ya ahondaré en este aspecto más adelante.

Al mismo tiempo en ciertos espacios privilegiados de la atención privada de salud se produce una ilusión de toma de decisiones, eligiendo distintos “productos” (parto humanizado, cesárea, labioplastia genital, terapia hormonal sustitutiva para la menopausia, fertilización asistida, congelamiento de óvulos, etc.) desde una visión mercantilista de la salud como consumo y no como derecho. Este es un tema que se debatió vivamente en los

grupos de discusión. Así se desplegó una idea ambigua sobre si somos realmente libres de decidir sobre qué tipo de tratamiento seguir o forma de parir, cuando en muchas situaciones de salud en las cuales se ha buscado durante años ayuda para resolver un problema (en muchas ocasiones se reiteró en los grupos problemas con la menstruación), se soluciona en la atención ginecológica nuevamente prescribiendo hormonas y/o se realiza una cesárea de “emergencia”, en un marco de posibilidades exageradamente restringido. Y por otro lado, la atención personalizada es un privilegio económico al que muy pocas pueden acceder.

Poder de decidir, como se discutió en los grupos, es algo siempre muy acotado, casi una ilusión. De allí que la estrategia más largamente utilizada sea cambiarse de profesional (cuando se cuentan con los recursos para ello), hasta dar con alguien más o menos idóneo/a, probando una y otra vez, volviendo a experimentar situaciones de violencia. Por otra parte, como también pude observar en los encuentros de los grupos de discusión, la autonomía parece ejercerse en grupos de ayuda mutua sobre ginecología natural, en las formas de parto en casa que son respuesta a una violencia anterior, pero se trata todavía de respuestas muy restringidas y alternativas sólo para unas cuantas privilegiadas. En un contexto como el nuestro en que los derechos son privilegios de unas pocas personas, insistir en la ilusión de autonomía o en el concepto de agencia no ayuda a resolver un problema de carácter sistémico. La insistencia en la agencia y la autonomía en situaciones de diferencial de poder tan marcadas, como es la relación médico/a-paciente, expresa, además de la incomprensión de lo que sucede en el acto médico (Castro y Erviti, 2015), una falta de empatía, comprensión o desconocimiento de lo que significa las relaciones de poder en nuestra sociedad y cómo estas pueden llegar a ser paralizantes, más aún en un área de la vida donde nos han enseñado y acostumbrado a obedecer y no oponer resistencia por nuestro propio

bien. Allí las “retóricas del cuidado” abundan y el daño causado aparece como ayuda cuando no derechamente como responsabilidad de la víctima (Salinero, 2017). Se trata de una exigencia muy grande pues como expresó una de las colaboradoras de los grupos de discusión la autonomía e incluso la agencia es una exigencia más, una carga:

“La atención se recibe desde esa posición: “yo tengo el conocimiento tú no”.

Y por eso yo creo que lo de la autonomía es difícil de exigir. A veces es una carga más que nosotras nos echamos encima. Debemos generar autonomía, como decisión política incluso, y es verdad, pero eso no quiere decir que en nosotras tenga que caer esa responsabilidad porque como decía antes Laura, es un derecho (la salud) y tendría que ser transversal” (Sol, 26 años, Santiago)

Porque no podemos quedarnos en la resistencia, tenemos que transformar esas relaciones. Y la forma para ello es denunciar sus prácticas basadas en sus efectos nocivos sobre nuestras vidas y deslegitimarlas, arrancarles el derecho que poseen, fundado en un supuesto saber, y que les atribuimos y reforzamos.

Ampliando la mirada, desde la violencia obstétrica hacia la violencia ginecológica

Cuando comencé este proceso de trabajo de tesis doctoral, mi interés estaba centrado en la denominada violencia obstétrica, violencia médica e institucional (vivida de forma interseccional) expresión de la violencia cultural producida hacia las mujeres y personas gestantes como a sus hijas/os/es durante las visitas o controles gestacionales, en

los exámenes como ecografías, por ejemplo, en el parto-nacimiento, siendo este su momento de mayor intensidad, y también durante el puerperio, que es la etapa comprendida después del nacimiento. La violencia obstétrica ha sido problematizada, conceptualizada y denunciada desde América Latina y luego se ha ido expandiendo y utilizado en otros lugares del Sur Global, como también en algunos países de Europa como España y Portugal.

El año 2019 Dubravka Šimonović Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias, hace hincapié en su informe sobre la violencia ocurrida en los servicios de salud reproductiva y la nombra como “violencia obstétrica” (Šimonović, 2019). Sin duda este reconocimiento de parte de un organismo internacional de que las violencias en los paritorios son violencia obstétrica significó posicionar esta violencia a nivel Global, que además es mucho más extendida, pero no exclusiva, del Sur Global. En este sentido el concepto ha logrado posicionarse y tener una trayectoria que ha excedido en estos últimos años su territorialización inicial, llevando a las mujeres del norte a revisar su idea de emancipación reproductiva. Con todo ha sido aquí donde ha llegado a su comprensión más amplia y donde se han dado los debates más profundos, revelando como expone Paola Sesia (2018, 2020) que es una episteme en disputa legal, política y social, donde convergen muchos actores, percibida como amenaza para el gremio médico, que se ha puesto a la defensiva, rechazando el término categóricamente e incluso como una ofensa hacia su “ethos” profesional.

La violencia obstétrica ha sido definida como la apropiación del cuerpo de las mujeres y personas con capacidad de gestar por parte del personal de salud mediante prácticas rutinarias que devienen en la patologización y medicalización de sus procesos

reproductivos, así como en la pérdida de autonomía que trae serias consecuencias en la calidad de vida de las mujeres (Arguedas, 2014; Belli, 2013; Bellón, 2015; Cohen, 2016; Gonçalves Da Silva, Carreira, Pinheiro, et al., 2014; Infante y Leiva, 2016; Sadler, Santos, Ruiz-Berdúm, Leiva-Rojas, Skoko, Gillen, y Clausen, 2016). Se trata de una forma específica de violencia contra las corporalidades gestantes, pero que sitúa nuevamente el problema en el ámbito de la reproducción. La reproducción como destino biológico de las mujeres (Beauvoir, 2017).

Sin embargo, pronto se hizo evidente que la consulta ginecológica constituía un espacio más de producción y reproducción de la violencia y que era también necesario de explorar y analizar críticamente. Se trata de un espacio de atención de salud que no estaba siendo analizado ni cuestionado, de una zona gris alejada de miradas inquisitivas, y que por lo mismo desatendía la experiencia de muchas mujeres y personas que asisten a dichos servicios, pero que ya sea por su edad, orientación sexual, decisión personal, entre otras cosas, no deseaban reproducirse, sino que acudían en el entendido de cuidar de su salud sexual (no) reproductiva, realización de exámenes de cribado (PAP, mamografía, etc.) por afecciones específicas, dolores menstruales, entre otras cosas. Ya sea por los relatos que informalmente me contaban amigas o familiares al hablar sobre mi trabajo, como también por una seguidilla de denuncias que recibimos en la red chilena contra la violencia hacia las mujeres, donde yo activaba en Valparaíso en ese tiempo, me decidí a ampliar mi estudio e incorporar la violencia ginecológica, como una expansión de la violencia obstétrica. Se trata de una forma de violencia anterior en términos temporales de la vida de una persona asignada mujer al nacer, que naturaliza la relación jerárquica y asimétrica con los equipos médicos, y que prepara o anticipa la violencia obstétrica.

Las denuncias recibidas eran de una crudeza que revelaba un ensañamiento hacia la sexualidad de la consultante, un desprecio por el dolor y por la persona, situaciones llenas de prejuicio y violencia. Violencia ginecológica sexual a mujeres mayores y jóvenes, realización de ecografía transvaginal por obligación a mujeres que no la consentían, entre otros. Se nos aparecieron enfrente una serie de prácticas lesivas como exámenes sin guantes, comentarios sexualizados sobre el cuerpo o los genitales, procedimientos intencionalmente dolorosos, abuso y violencia sexual, que daban cuenta de una práctica médica que sobrepasaba los límites de la idea de una mala práctica o calidad de atención, evidenciando una estructura de dominación que se expresaba mediante el control del cuerpo y la sexualidad. Así la violencia obstétrica no era una problemática aislada en la atención del parto, sino que se imbricaba con la disciplina ginecológica en su conjunto dentro del MMH, sobre el cual me detendré más adelante.

Todo lo anterior me llevó a considerar las experiencias en las atenciones ginecológicas, en particular, las de rutina, pues allí acuden y acudimos muchas mujeres y personas asignadas mujeres al nacer cada año para conocer el estado de nuestra salud sexual reproductiva y no reproductiva. Asistimos cumpliendo con el llamado constante de las autoridades de salud del Estado, un llamado que nos interpela a asistir a la consulta ginecológica para actuar con responsabilidad y cuidar de nuestra salud, en síntesis, por nuestro propio bien (Salinero, 2023). Se trata de una nueva exigencia de rol de género, de unas expectativas impuestas y autoimpuestas que se sustentan en la noción de cuidado y autocuidado.

Desde la menarquia (primera menstruación) hasta la menopausia (periodo en que desapareció por un año completo la menstruación) y la posmenopausia, la consulta

ginecológica y su examinación de rutina es una larga compañía que supervigila nuestras vidas a través del control de nuestros procesos fisiológicos, los cuales han sido patologizados y posteriormente medicalizados. Es así como al estudiar la consulta ginecológica, se expande el concepto de violencia obstétrica (restringido a la reproducción) y se incluyen las experiencias de mujeres y personas asignadas mujer al nacer que no desean, ni requieren atenciones obstétricas ya sea por su orientación sexual, identidad de género, edad y/ o por decisión personal, pero que acuden por algunos de los motivos antes mencionados y son violentadas (Salinero, 2023). También es importante mencionar que personas que asisten a la consulta y en especial las lesbianas y disidencias consideran la insistencia en la reproducción dentro de la consulta ginecológica como una nueva violencia donde se nos remarca al infinito la idea de la biología como destino y junto con ella la heteronormatividad (Basualto, Zúñiga y Cárdenas, 2023; Brown, Pecheny, Tamburrino, et al., 2014; Cano, 2019; Vergara Sánchez, 2013;).

Elijo utilizar el concepto violencia ginecológica para llamar la atención sobre aspectos del acceso a los servicios de salud sexual y reproductivos que no tienen relación directa con la reproducción humana y los procesos de gestación asociados a la obstetricia como disciplina de las especialidades de la salud, así como otros servicios y derechos asociados al disfrute de la sexualidad, transiciones de género, el tratamiento de enfermedades oncoginecológicas (cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, útero) y otras patologías transmisibles, etc. Como palabra “ginecológica” hace referencia a un espectro más amplio que permite la identificación de violencias vividas por parte de las mujeres y otros cuerpos feminizados, que no se limitan a las experiencias de la reproducción. Así esta elección tiene un doble sentido, desde las disciplinas y prácticas médicas de los servicios de

salud, la formación de las y los especialistas; como las posibilidades que abre para la identificación del fenómeno por parte de quienes lo vivencian. Proponer este concepto no significa dejar de hablar de la violencia obstétrica, ni aminorarla, sino por el contrario poner en paralelo las vivencias que exceden este concepto pero que también se dan el contexto de la salud sexual.

Dicho esto, también es importante enfatizar que el concepto de violencia ginecológica se basa en los aportes realizados desde el campo de estudios de la violencia obstétrica, y como ya he expresado significa una apertura desde lo obstétrico al amplio espectro de las atenciones ginecológicas. Por lo mismo, la violencia ginecológica es parte del continuo de violencia que vivimos las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer, donde se interceptan diversas categorías de opresión. La violencia ginecológica tiene múltiples dimensiones, estructural, de género, institucional e interpersonal (Sadler et.al, 2017), y también tiene una dimensión histórica que es necesario considerar para entender prácticas sostenidas en el tiempo y sus vínculos con la disciplina en cuanto construcción de saber-poder (Kapsalis, 2002; Vallana, 2020). Incluye todas aquellas prácticas llevadas a cabo por el personal de salud, en el marco de la atención ginecológica, que naturalizan una relación de subordinación entre personal médico y pacientes (ocultación o denegación de información, comentarios irónicos y formas de violencia relacionada con regañar o infantilizar) que impactan en la autonomía y la capacidad de decidir (Arguedas, 2014; Belli, 2013). Comprende, además, aquellas acciones directas de violencia psicológica o física dirigidas al cuerpo de las mujeres y personas que asisten a dichos servicios (comentarios o acciones impertinentes con respecto al cuerpo, medicalización excesiva, uso de procedimientos intencionalmente dolorosos, etc.), incluida cualquier forma de abuso y

violencia sexual (obligación de desvestirse sin relación con el motivo de consulta, tocar indebidamente el cuerpo o genitales, abuso sexual, violación, etc.) (Cárdenas y Salinero, 2023b; Salinero, 2021). Dichas prácticas violentas pueden causar sufrimiento inmediato o de largo plazo, afectar gravemente la confianza en el sistema de salud, llevando a evitar las consultas, posponer exámenes e incluso abandonar el sistema (Cárdenas y Salinero, 2023a).

Relevar el concepto de violencia ginecológica es importante porque desde una perspectiva de género e interseccional, los conceptos deben expresar la pluralidad de experiencia de las mujeres, lesbianas, hombres trans, y otras disidencias, pero en este caso particular, por tener relación con un concepto que denuncia una práctica de violencia deben permitir una comprensión amplia que aporte a las políticas, así como la detección, denuncia y ejercicio de derechos.

*“Están acostumbrados también a apoderarse, hablo tanto de mujeres como de hombres”*

*(Claudia, Valparaíso, 58 años).*

La ginecología y la obstetricia son disciplinas médicas que se dedican exclusivamente a lo que se ha denominado “la salud de las mujeres”. Así en nuestras sociedades androcéntricas la salud de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer se limita a la reproducción, al aparato reproductor, genitales y las patologías asociadas. La obstetricia se centra en la gestación, al parto, post parto, mientras la ginecología se ocupa del aparato genital y reproductor “desde la vida intrauterina hasta la senectud” (Lattus, 2016, p.4). En este sentido la diferencia entre ambas es que la ginecología tiene un campo de trabajo más amplio que la obstetricia, que incluye la salud sexual y también puede

atender el ámbito reproductivo, ambas se focalizan en las zonas del cuerpo asociadas a la reproducción.

Se ha criticado el supuesto de que estos ámbitos constituyen la salud de las mujeres (Esteban, 1996; García Dauder, y Pérez Sedeño, 2017; Hubbard, 1995), porque al fragmentar nuestros cuerpos ha permitido descuidar una visión integral de salud más allá de lo reproductivo, lo que nos vuelve invisibles para la medicina, cuyo correlato es que, por ejemplo, no se nos incluyan en los ensayos clínicos y se desconozcan las manifestaciones particulares en que se expresan ciertas enfermedades en las mujeres (como el infarto), se descuiden las enfermedades que tiene más prevalencia en las mujeres (autoinmunes) y o en el retraso del diagnóstico de estas mismas frente a los varones (Valls-Llobet, 2020). El estudio de Laura Hallam, Amy Vasallo, Anha Catarina Pinho Gomez, Chery Carcel y Mark Woodward (2022) reafirma la denuncia de Valls-Llobet, demostrando a través de la revisión de una década de estudios en revistas de salud de las mujeres y también de medicina general, que los estudios sobre salud reproductiva no solo se mantienen como los más realizados sino que incluso se incrementaron (pasaron de 36% en 2010 a 49% en 2020) postulando que nuestra salud está sub representada, pues se siguen descuidando las principales causas de enfermedades entre las mujeres y personas asignadas mujer al nacer (como por ejemplo, las cardiovasculares, musculoesqueléticas y las enfermedades infecciosas). Con todo, lo que resalta es el predominio de la también llamada “medicina del bikini” pues el estudio principal sobre nuestra salud cubre lo mismo que esta prenda, es decir genitales y mamas, centrando las prioridades en investigación, movilizandolos recursos en las áreas que reproducen los mandatos de género como la fertilidad y la reproducción. En este sentido la ginecología ha tenido un rol de hipervisibilización de lo

reproductivo y al mismo tiempo de invisibilización y exclusión de las mujeres en su totalidad como seres humanos.

Incluso en manuales de ginecología al uso en el país se plantea a la disciplina como parte de la atención primaria y en algunos casos comparándolo al control sano, política pública del seguimiento del crecimiento apropiado a las niñas y niños (Salinero, 2023), cuestión que no tiene parangón en los varones. En este sentido, se vislumbra otro de los efectos de esta concepción paternalista de nuestra salud, la apropiación del cuerpo y los procesos fisiológicos (menarquia, menstruación, gestación-parto, aborto, climaterio, menopausia) con su consecuente patologización y medicalización que determina en gran medida el poder y control que dicha disciplina ostenta sobre nuestras vidas (Ehrenreich & Deidre, 2010; Kaiser & Kaiser, 1974; Pérez San Martín, 2015).

Estas disciplinas médicas se enmarcan y actúan al interior del llamado MMH y son, como ya he planeado, paradigmáticamente el único lugar de la medicina -además de la psiquiatría- donde las mujeres emergen con su profunda otredad. Tanto la ginecología y obstetricia construyen una imagen ideal del ser mujer y del funcionamiento del cuerpo femenino, con una pretensión fuertemente normativa que no considera las diferencias existentes entre mujeres dada su diferente clase social, raza o pertenencia étnica, su localización geográfica o culturas, su nivel educacional, sus prácticas sexuales, o sus opciones de vida o condiciones de migrantes o de refugiadas (Valls-Llobet, 2017; Tovar, 2013)

El MMH, según Susana Belmartino (1987) y Eduardo Menéndez (1988; 2020), refiere al “conjunto de prácticas y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer

como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. Dicho modelo dominante en las sociedades occidentales y en expansión permanente hacia el resto del mundo (Menéndez, 2020) se caracteriza por los siguientes rasgos: concepción de la salud y la medicina como individualista y biologicista (fragmentación del objeto del conocimiento y especialización y negación de los factores sociales que influyen en la salud olvidando al individuo como ser integral), tecnocrático (conceptualización de lo técnico como neutro y la configuración del monopolio del saber donde la o el paciente están en posición de sometimiento y subordinación, sin posibilidad de apropiarse de ese conocimiento), medicalizante (tiende en su expansión hacia otras prácticas sociales no asociadas con la enfermedad aplicando criterios de anormalidad/normalidad) y iatrogénico (ya que causa daño a través de la sobre intervención). A lo anterior habría que añadir su carácter androcéntrico, ya que toma la medida de lo humano lo masculino y desde allí construye su saber.

El MMH ha significado una creciente medicalización y control del cuerpo y procesos fisiológicos de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer nunca antes visto, sobre todo en relación a las llamadas técnicas de reproducción asistida y la regulación de la fertilidad (Menéndez, 2020). Para Menéndez el problema no es la tecnología sino el uso que se le da, y los modos en que se lleva a cabo, por ejemplo, en las maternidades subrogadas donde los cuerpos de mujeres pobres se vuelven incubadoras de hijos/hijas para los ricos, que no quieren o no pueden gestar por sí mismos. O lo contrario, en la insistencia

en países que someten a mujeres a tratamientos intensivos de fertilidad para dar a luz a edades cada vez más avanzadas.

Para Iván Illich (2015), quien publicó su libro *Némesis Médica* por primera vez en 1976, la medicina moderna en su despliegue y expansión industrial ha producido un monopolio radical de expertos que dictan/saben lo que se entiende por salud y enfermedad, quiénes están enfermos o en riesgo, cómo se deben administrar los cuidados (los cuales se convierten en consumo) volviendo a las personas impotentes para enfrentarse con su ambiente, expropiando su capacidad de relacionarse con el dolor, el sufrimiento e incluso la muerte. En este sentido la medicina realiza una “usurpación del sentido común y la autonomía de la persona para enfrentar la enfermedad” (2015, p.16). Illich identificó tres planos en que la medicina produce daño con su práctica, es decir, iatrogenia, y que van desde lo individual hasta lo colectivo en sus dimensiones sociales y culturales. A estos tres planos los llamó iatrogénesis clínica (producir daño a la persona a través del tratamiento mismo), iatrogénesis social (es lo que se entiende como medicalización de la vida) y iatrogénesis cultural (planteada como la negación de la salud en términos culturales, con la destrucción del potencial de las personas y del grupo de enfrentar la vulnerabilidad humana, ahora atendida desde el paradigma biomédico principalmente).

En ginecología una de las mayores iatrogénesis clínicas la generó la prescripción indiscriminada de hormonas o terapia hormonal sustitutiva para la menopausia para aliviar los síntomas, que dicho sea de paso no cursan todas las mujeres, trajo como efecto iatrogénico generalizado cáncer de mama (Valls-Llobet, 2017). Hoy a pesar de toda la polémica que ha suscitado esta cuestión, se sigue recetando la terapia hormonal sustitutiva entre quienes pueden pagarla, e incluso hemos visto en Chile el llamado en 2019 del otrora

presidente del Sociedad chilena de climaterio y Menopausia a que “todas sigan tratamiento ya que sólo un 2% de las afectadas lo hacen” (Diario Electrónico Radio Universidad de Chile). Dicho especialista afirma que se trata de una etapa de la vida en que menopausia debe ser tratada como una enfermedad dado su potencial de producir desde demencia e infartos hasta Alzheimer. Dichos comentarios no hacen sino hacer cundir el pánico entre las mujeres y reforzar las exigencias de rol de género (a las que ya me he referido), tal como me dijeron las colaboradoras del grupo de discusión de Puerto Natales cuando comentamos esta noticia. Luego supe que esta noticia no era sino una respuesta coordinada a nivel latinoamericano de las diversas sociedades de climaterio y menopausia ante una nueva publicación de la revista Lancet que volvía a poner en la palestra la relación entre dicha terapia y el cáncer de mama (Chlebowski, Garnet L Anderson, Aaron K Aragaki, et al. 2019).

La medicalización de la menopausia ha significado además que muchas personas crean que deben tomar algo para vivirla o enfrentarla, como si de una tarea riesgosa y trágica se tratara, de modo de evitar sus desagradables síntomas tan publicitados por la industria farmacéutica. En el caso de la menopausia vemos en acción la iatrogenesis social descrita por Illich y que implica que el cuidado se convierte en un artículo de consumo más y designa de modo inequívoco “quién está enfermo” y qué habrá de hacerse con los enfermos y con aquellos a quienes consideran un riesgo especial. Eventos que antes se consideraban naturales y que se vivían de forma comunitaria hoy son eventos médicos: el parto es uno de ellos. Lo anterior expresa el grado de medicalización de la vida cotidiana. La profesión médica, en este sentido, es una de las profesiones inhabilitantes porque la figura del experto niega la autonomía para tomar decisiones respecto a la salud.

Los efectos de las distintas iatrogénesis (clínica, social y cultural), nos sitúa en un espiral de constante consumo y expansión del ámbito médico, que Illich denominó *Némesis médica*, la que para el autor “solo puede invertirse cuando los legos recobran la voluntad de auto asistencia mutua a través del reconocimiento jurídico, político e institucional de ese derecho a atenderse, que impone límites al monopolio profesional de los médicos” (Illich, 2015, p. 561). Sin embargo, hay que considerar también que la salud se ha establecido como parte de los derechos humanos, pero esta consideración de la salud como derecho ha sido interpretada por los gobiernos y también por las personas como igualdad de acceso a la salud que provee el MMH. Susana Belmartino propone que en este planteamiento de la igualdad del acceso se concretaría la “utopía igualitaria que permite en gran medida legitimar la práctica médica y las acciones de salud” (1987, p.201). Es una defensa y reivindicación del derecho a la salud, que visto de esta manera no hace más que fortalecer la espiral de Némesis Médica y complejizar su cuestionamiento. Este asunto se vuelve especialmente acuciante en países del Sur global donde algo que se define como un derecho, y por ello debería estar asegurado por un servicio, no lo es. Por qué centrar y reducir la salud a la atención médica y no en el de proveer un ambiente libre de contaminación y de violencia social.

Es importante considerar que este ha sido un proceso histórico que viene aparejado con el capitalismo y el colonialismo. Para llegar a ser el monopolio profesional radical Barbara Ehrenreich y Deidre English (2010) reconstruyeron ese proceso histórico en que la medicina occidental luchó por dicha hegemonía en el contexto norteamericano, logrando desplazar a las mujeres sanadoras como las parteras de su ejercicio profesional, como a asimismo a otras corrientes y prácticas de sanación, arrogándose para sí el monopolio del

campo profesional. Con ello se han desplazado los saberes tradicionales y colonizando la sanación en los territorios en que se establece el MMH legitimado por el Estado. Para Illich también la medicina es un monopolio manipulador, en tanto convence a las personas a someterse a ella gracias a un imaginario social de sí mismo de carácter heroico. Con los avances de la biotecnología hoy asistimos a un tiempo histórico que tiene “fe” en la medicina a partir principalmente de su mentada eficacia para tratar las dolencias y alargar la vida. Se trata del denominado “biotechnical embrace” o abrazo biotecnológico (DeIVecchio Good, 2001) y que alude a la fe y poder otorgado en nuestras sociedades a la biotecnología, que revela la dimensión afectiva en que la fe juega un rol fundamental que hace que las personas se sometan cada vez más a tratamientos invasivos en la esperanza de que salve sus vidas.

Estas caracterizaciones de la medicina alópata como institución social occidental que ejerce un poder sobre la población a partir de la inhabilitación de las personas para hacerse cargos de sí misma en su salud y su consecuente dependencia, es significativa para las mujeres en el contexto de la ginecología y obstetricia, y permite reflexionar en la complejidad que entraña oponerse a ella o criticarla dado el nivel de dependencia que se ha establecido. Tiene gran relevancia al momento de reflexionar en torno a las experiencias de violencia y a las formas en que las personas se relacionan con el ámbito médico y en particular con lo ginecológico. Este marco a forjado la relación médico paciente.

Al detenernos en ciertos hitos de la ginecología del siglo XX como por ejemplo los métodos de anticoncepción hormonal y específicamente las pastillas anticonceptivas vislumbramos lo que designó Illich (2015) como la producción de desigualdades, ya que la realización de los ensayos clínicos para los anticonceptivos fueron en poblaciones

vulnerabilizadas de mujeres en Puerto Rico a las que luego se ha impedido su acceso dado su alto valor. Aquí dichas mujeres fueron utilizadas como cuerpos para la medicina (Davis, 2018) así como fueron utilizadas mujeres esclavizadas en el siglo XIX por Marion Sims para desarrollar sus técnicas de reparación de fistulas sin anestesia, que luego fueron realizadas a mujeres blancas en su clínica privada con anestesia (Kapsalis, 2002). Estas cuestiones están relacionadas con un modelo que produce desigualdades, que impide el acceso, que discrimina y produce violencia.

### Imagen, imaginario social, imágenes collage

Cuando partí la investigación encontré un libro cuya portada llamó profundamente mi atención. El manual se titulaba “Embarazo, parto y puerperio” y fue escrito por José Lattus (2016). En el pude ver aquello que justamente quedaba fuera de la imagen: los cuerpos de las mujeres. El instrumental médico ocupaba toda la portada y eso me llevó a reflexionar en torno a los imaginarios sociales que la ginecología y obstetricia ponen en movimiento sobre las mujeres, nuestros cuerpos y procesos. De Allí llegué a la necesidad de vincular esas imágenes con nuestras vivencias en la consulta ginecológica y obstétrica. Esta una expresión visual, que describo en el artículo “Acallar las voces del cuerpo”, muy contundente de la medicalización del parto y del cuerpo de las mujeres. Al revisar otras portadas encontré que se repetía la fragmentación, la invisibilización de las mujeres y sus cuerpos. Se trataba de una constante. Aparecían globos en vez de panzas, imágenes producidas por ultrasonido, en el contexto del despliegue de lo que significa la medicina moderna en cuanto instrumental y tecnología. Otra imagen que llamó poderosamente mi atención fue la que aparecía acompañando la introducción del primer número de la Revista

Life en 1936, en la cual muestran el interior de un hospital y la escena enmarca el acto de nacer que va directamente relacionado con la profesión médica y con el obstetra como protagonista. Este sostiene a un recién nacido en sus manos boca abajo. La leyenda de la imagen reza “Life Begins”. El cuerpo de quien pare es nuevamente es invisibilizado.

Ante mi asombro por la forma de representación de estos eventos vitales y la ausencia del cuerpo de las mujeres, busqué más información en manuales de la disciplina así como en repositorios de imágenes médicas, en particular en el sitio del Museo Welcome Collection, (un museo y biblioteca gratuitos que exploran la salud y la experiencia humana), en el cual me encontré con una historia visual fragmentaria de la disciplina ginecológica y obstétrica, donde pude observar preliminarmente muchos componentes de la práctica médica (cosificación del cuerpo, segmentación, etc.). Con todo ese material relevador de una visión del cuerpo, de los órganos (los genitales, el útero), pero también el conocer e indagar en las historias de ciertas imágenes que encontré, decidí arriesgarme y realizar un movimiento desde el mirar manuales e imágenes médicas hasta el construir nuevas imágenes, utilizando éstas como base. De hecho, una de las imágenes creadas sirvió como material para dinamizar la conversación en todos los grupos de discusión (la incluyo en los artículos). Así incursioné en la creación de imágenes en distintas técnicas desde collage manual y digital hasta serigrafía, que me han acompañado durante toda la investigación y que son parte de esta investigación. Estas imágenes son otra expresión de las notas del trabajo de campo y también parte del análisis o reflexiones visuales. Las imágenes, en su proceso de creación, son investigación en sí mismas (Bal, 2021).

Fue así como llegué al concepto “imaginarios sociales”, el cual ha tenido distintas fructificaciones. Varios autores coinciden en que estos fundamentan toda sociedad (Baeza, 2007; Castoriadis, 2010; Maffesoli, 2003). Una de las funciones de los imaginarios sociales es posibilitar las relaciones sociales puesto que constituimos vínculos alrededor de imágenes que compartimos con los demás. En este sentido, es importante recalcar que la imagen “describe lo real actuando en la vida social” (Maffesoli, 2003 p.149). Así están imbuidos en nuestra vida cotidiana, al ser el modo en que imaginamos nuestra existencia social, entrañan las expectativas que tenemos de las y los otros, y en base a este entendimiento común podemos desarrollar las prácticas colectivas que conforman nuestra vida (Taylor, 2006).

Por otra parte, Castoriadis distingue dos formas en que se expresan y despliegan los imaginarios sociales: *imaginario social instituyente* e *imaginario social instituido*. El primero alude al campo de creación social histórica cuya facultad es crear significaciones e instituciones. El imaginario social instituyente posibilita la transformación social. Mientras que el imaginario social instituido, es aquel que ya está asentado y que por tanto reproduce las instituciones y lo creado. Asimismo, los imaginarios sociales son concebidos por Bacsko como “esquemas interpretativos” y sistemas de referencias que definen una identidad colectiva en tanto inculcan valores y creencias (1999). Éstas en su interiorización moldean conductas en los/as individuos al inducir la adhesión a un sistema de valores y creencias el cual regularía la acción social. El autor considera que todo hecho social es simbólico y se expresa en la creación de símbolos, mitos y repertorios de representaciones.

Por todo lo anterior, me interesan los imaginarios sociales porque al constituir las diferentes instituciones de la sociedad podrían orientar las prácticas de las y los individuos

de dichas sociedades y en dichas instituciones. En este sentido, el MMH y en particular la ginecología prescribe ciertas nociones y prácticas a las y los profesionales de la disciplina sobre cómo actuar con las mujeres y sus cuerpos.

## Experiencia y escucha

La experiencia como una noción políticamente situada desde la contingencia del propio cuerpo (Rich, 1995) ha sido articuladora de este trabajo de tesis. En este sentido la experiencia es corporizada considerándose como un sitio de intersección entre lo biológico, lo social y lo lingüístico, y porque ha sido justamente desde el cuerpo, que se ha erigido la subordinación y el dominio sobre las mujeres y personas asignadas mujer al nacer (Rich, 1995). Así, adentrarme en las experiencias de las mujeres, en sus vivencias relatadas con sus palabras, en sus propias voces, permitió relacionarme con otro conocimiento, uno de carácter encarnado y que ha estado (y sigue estando) negado, silenciado y borrado, al mismo tiempo que se produce un desplazamiento y apropiación de los saberes femeninos como la partería y los cuidados en torno a lo reproductivo y no reproductivo.

Esto mismo se vincula en la invisibilidad de las mujeres en la medicina, ya que la experiencia corporal de las mujeres, con todas sus diferencias, al ser puestos bajo el prisma de una ciencia androcéntrica y racista se diluye. De allí que, darle un espacio central ha sido uno de mis objetivos implícitos, dado que en este discurso “científico” vemos de forma paradigmática como se nos narra desde afuera (Kirkwood, 2017), describiendo nuestra conducta e incluso deseos (la maternidad y la heterosexualidad), además de etiquetar nuestro cuerpo y sus partes con los nombres de quienes lo han estudiado (Trompas de

Falopio, glándulas de Skene, etc.), evidenciando una vez más su colonización y apropiación.

El valor que se le ha dado a la experiencia en las distintas propuestas de las teorías feministas (Trebisacce, 2016), es parte de una tradición de conocimiento que pone en relación lo privado y lo íntimo, con lo colectivo, con aquello que está vinculado a las estructuras de dominación y subordinación en las que vivimos las mujeres y personas asignadas mujer al nacer y que ha permitido reconocer patrones comunes en los que se expresa esta vivencia de violencia y opresión en la vida cotidiana. Así la noción de experiencia ha sido clave para las investigaciones feministas ya que permite poner nombre a problemas no considerados como relevantes y necesarios de atención porque históricamente no han sido las palabras y experiencias de las mujeres estimadas, sino más bien excluidas y marginadas bajo el dominio de lo universal contenido en los masculino, blanco, occidental, heterosexual. Entonces se vuelve necesario romper el silencio y la invisibilidad a través de la palabra propia, encarnada en el poder transformador de la vida que supone hablar desde la experiencia (Lorde, 1984) en su multiplicidad, ya sea por clase social, por orientación sexual o por una orientación de género diversa a la normativa. En este sentido, la experiencia es social y procesual a la vez, es contingente y por ello abre la posibilidad para la crítica a los mandatos de rol de género/sexo, así como para el cuestionamiento de la situación propia abriendo la posibilidad para su transformación (Trebisacce, 2016).

Relevar la experiencia también significa abrirse a la escucha y comprensión de las otras sin juzgar o anteponer nuestras creencias, posibilitando un espacio seguro y de reconocimiento intersubjetivo (Benjamin, 2012), de modo que dichas experiencias sean

compartidas. Junto con lo anterior, es importante mencionar que la noción de experiencia ha sido también ser una herramienta crítica dentro de los feminismos al relevar y politizar las diferencias entre las mujeres y personas asignadas mujer al nacer que no se reconocían a sí mismas en las problemáticas que el movimiento estaba movilizando al centrarse en una idea del sujeto del feminismo, que escondía su constitución blanca, de clase media, heterosexual y del norte global (Curiel, 2007). Así, en esta tesis sobre violencia ginecológica y obstétrica de mujeres en Chile, pretendemos volver a poner en debate, utilizando nuestras propias experiencias, un conjunto de ideas que en los países del norte ya se creían superadas o cuya discusión ya se consideraba cerrada. Implica entonces volver a ejercitar la escucha atenta, sobre todo en un ámbito que tiene tanta injerencia en nuestras vidas y negarnos a que otros/as definan cuáles son los temas relevantes y las experiencias que cuentan.

## Desaprender como forma de cambiar la práctica en el acto médico

Durante la última parte del proceso de investigación mi interés por conversar con las y los profesionales del área de ginecología fue creciendo. Necesitaba saber si existían protocolos en la atención de la examinación ginecológica, cómo era ésta enseñada en las escuelas de medicina, porque una y otra vez en los análisis de los grupos de discusión me encontraba con que no había claridad en qué consistía, lo cual volvía muy dificultoso para quienes consultaban saber si lo que sucedía estaba bien o no.

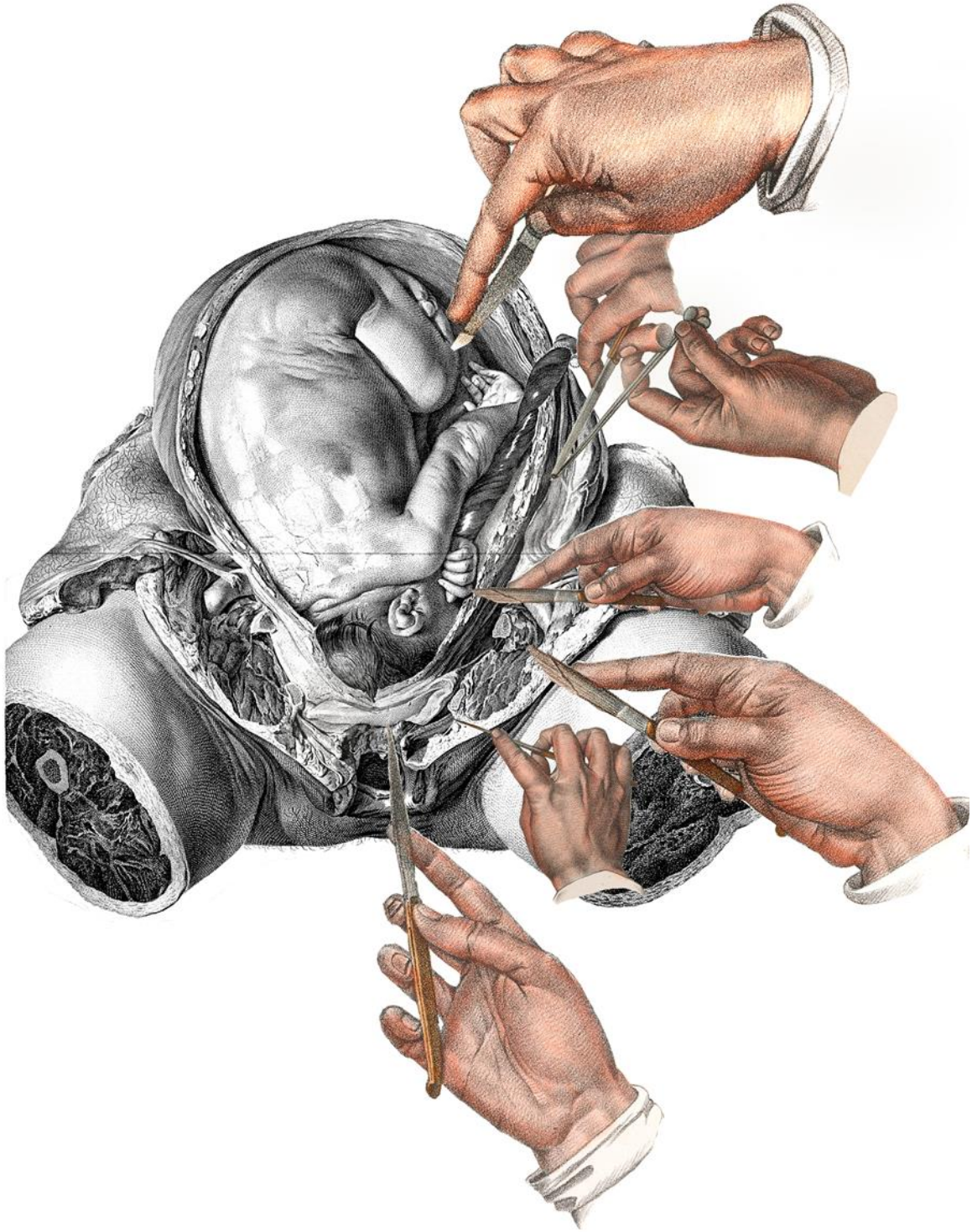
Me costó casi un año dar con alguna persona que estuviese disponible para ello y fue gracias a mis redes activistas feministas y de amistades que trabajan en torno al parto.

En este tiempo que ha transcurrido desde que comencé mi investigación he conocido a diversas mujeres que practican la profesión médica, algunas de ellas me dicen que se dan cuenta que también ejercieron violencia obstétrica en la atención de partos, con mucho pesar y dolor, se han dado cuenta que también reprodujeron acríticamente prácticas de rutina desaconsejadas para formarse en su profesión, si mayor conciencia ni cuestionamiento, pensando que actuaban por “el bien de las mujeres y sus hijas e hijos”, sin comprender el malestar de las mujeres. Esta misma cuestión la expone la ginecóloga que hace el prólogo del libro de Eva Margarita García, Partos arrebatados. Dice que la primera vez que escuchó violencia obstétrica se atragantó “si trabajamos para la salud de las mujeres y sus criaturas, ¡menudo invento este!” (García, 2021, p.11). Este puede ser el pensamiento generalizado de muchas y muchos profesionales que además anclados en una práctica médica paternalista, formada en el *habitus* medico autoritario (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015) subestiman las palabras de las mujeres quedándose en la negación de este problema de salud pública. Para Miriam revisar sus prácticas y su connivencia con la violencia obstétrica no fue un camino corto. Debió parir, tener depresión post parto, estudiar sobre la teoría del apego, conocer la Declaración de Forteza (1985) de la OMS sobre la tecnología apropiada para el parto (cuando ella escribe ya lleva veinte años de práctica y la Declaración de Forteza tenía 15 años cuando comenzó a ejercer) visitar otro hospital donde las cosas eran diferentes, recién se le cayó la “venda de los ojos” como dice y pudo ver.

Desaprender fue la palabra lo que usó la ginecóloga que me atendía en una conversación informal, para resumir cómo ella había cambiado su forma de atención. Ella se refería al proceso que vivió como desaprender para desprenderse de los prejuicios en

torno a las capacidades de la fisiología del parto y del cuerpo de las mujeres, desaprender para dejar de reproducir la idea de que la episiotomía es obligatoria para todas las primerizas, desaprender para irse tranquila cuando no dejó con suero o con oxitocina a una parturienta para “evitar la inercia uterina”. Cuando la escuchaba también pensaba que había que tener valor para cambiar las cosas que funcionan por inercia como normales, naturales, buenas y por supuesto legítimas, valor para cuestionar aquello que tiene criterio de autoridad, valor para abrirse al cuestionamiento y por supuesto una actitud crítica.

Nosotras, quienes acudimos a los servicios de ginecología y obstetricia, debemos desaprender aquello que nos han inculcado como un deber, que nos han enseñado como la relación normal, como posición obligatoria. Reconocer las violencias y denunciarlas, deslegitimarlas. Conectarnos con nuestros cuerpos, aprender a oírlos. Habilitarnos nuevamente para nuestro propio cuidado y el de las otras. Pero un requisito para ello es visibilizar las profundas consecuencias que la violencia ginecológica y obstétrica genera en nuestras vidas, cómo puede llegar a cambiar negativamente la percepción de nuestros cuerpos, perjudicar nuestra sexualidad y vivencia del placer al lacerar nuestros genitales, afectar en la percepción de nosotras mismas e impactar en las relaciones con los demás.



Sin título, collage digital, 2018.

## Capítulo 2

### “Fue un terremoto”: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile<sup>2</sup>

No estamos construidas ni desde “adentro” ni desde “afuera”  
nuestra piel está viva con señales; nuestras vidas y nuestras muertes  
son inseparables de la liberación u opresión  
de nuestros cuerpos pensantes.  
Adrienne Rich

Desde que en el año 1976 la poeta y teórica feminista estadounidense Adrienne Rich publicara su clásico libro *Nacemos de mujer: maternidad como experiencia e institución*, en el cual reflexiona en torno a la violencia con que actúa la institución médica sobre los cuerpos de las mujeres, vinculándola directamente con el orden patriarcal y la posición subordinada de las mujeres en la sociedad, se abrió un campo de estudio e investigación de enorme potencia en torno a la problematización sobre los modos en que el sistema de salud ejerce violencia contra las mujeres a través de la práctica de la ginecología y la obstetricia.

Si bien la primera vez que se utilizó la frase “violencia obstétrica” de la que se tiene registro fue en 1827, en Inglaterra, para señalar los estragos de una escena de parto en el cual la sangre, las laceraciones y la violencia eran el ingrediente principal (Ruiz-Berdún y Olza, 2016), ha sido recientemente que este fenómeno se ha comenzado a estudiar de modo más sistemático y se ha identificado bajo dicho concepto, el cual nace como una crítica al sistema de asistencia al parto predominante en la cultura occidental fruto de la

---

<sup>2</sup> Este artículo fue publicado como: Salinero, S. (2021). "Fue un terremoto": violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. *Debate feminista*, 62: 142-168. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>

burocratización y estandarización del nacimiento (Bellón, 2015). Ya en la década de 1960 en Estados Unidos y Europa, se estaba cuestionando el excesivo control médico sobre los cuerpos de las mujeres y la necesidad de recuperar el saber en torno a ellos (Rich, 1995). En América Latina se realizaron dos eventos para cuestionar, reflexionar y tomar medidas en torno a la violencia producida en los nacimientos en su tránsito hacia la medicalización; el primero fue en 1985 en Fortaleza, Brasil, organizado por la OMS, donde se generó una serie de recomendaciones para el uso apropiado de tecnología en los partos (que son parte de las que se siguen en la actualidad y que detallaré más adelante), y el otro fue en el año 2000, también en Brasil convocado por parteras y profesionales de salud, con el fin de humanizar el parto y devolverle el protagonismo a las mujeres y sus hijas/os reconociendo sus costumbres culturales, necesidades y saberes (Gómez, 2007). En esta reunión nació la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y del Nacimiento, organización de mujeres y feministas de nuestra región.

La violencia obstétrica ha sido definida como la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud mediante prácticas que devienen en la medicalización y patologización de sus procesos reproductivos, así como en la pérdida de autonomía que trae serias consecuencias en la calidad de vida de las mujeres (Arguedas, 2014; Belli, 2013; Bellón, 2015; Cohen, 2016; Gonçalves Da Silva, Carreira, Pinheiro, Carcaman y Kakuda, 2014; Sadler, Santos, Ruiz-Berdúm, Leiva-Rojas, Skoko, Gillen, y Clausen, 2016; Infante y Leiva, 2016).

La medicalización se refiere a la excesiva intervención médica durante la gestación, el parto y el puerperio (Almonte, 2016; Contreras y Fernández, 2015; Sena, 2016) y la patologización se ha entendido como un efecto que convierte al cuerpo materno y al parto-

nacimiento en una enfermedad y, por tanto, en un potencial riesgo. Nuestros cuerpos han sido tratados a través de la metáfora de la máquina cuyo fin sería la reproducción y el ginecobstetra se entendería como el técnico legitimado que puede repararnos (Martin, 2001) despojándonos de nuestra autonomía. La violencia obstétrica se traduce en prácticas concretas, como la episiotomía de rutina (corte en el periné), la maniobra de Kristeller, la cesárea sin justificación, la rotura de la membrana, el monitoreo constante, el uso de oxitocina sintética para producir y acelerar las contracciones uterinas, los tactos reiterados, etcétera. Del mismo modo, puede traducirse en prácticas con efectos en el nivel psicológico, como la infantilización, las amenazas, las burlas y groserías, como también la negativa a dar atención (Contreras y Fernández, 2015; INDH, 2016; OMS, 2014).

Si bien no existe una definición única del concepto de violencia obstétrica, existe acuerdo en diferenciarla de otras prácticas de violencia médica, en el entendido de que estaría dirigida hacia las mujeres, en particular hacia las gestantes, parturientas y puérperas. Hace referencia a una forma específica de violencia de género, arraigada en concepciones socioculturales sobre las mujeres y los cuerpos femeninos, y que sería una expresión más del continuo de violencia hacia las mujeres (Belli, 2013; Cohen, 2015; Contreras y Fernández, 2015; Nacer en Libertad, 2015). Se trataría de una expansión de la violencia que experimentan las mujeres en los distintos ámbitos de sus vidas en el campo de su salud sexual y reproductiva.

Es necesario pensar la violencia obstétrica como un fenómeno complejo en el que se cruzan diversas formas de violencia contra las mujeres (institucional, simbólica, médica, de género; violencia sexual, concreta o material). Específicamente, existen estudios desde la fenomenología feminista que conciben la violencia obstétrica como un modo de controlar y

volver pasiva la potencia del cuerpo de las mujeres gestantes (Cohen, 2015). La violencia obstétrica también ha sido analizada desde la biopolítica y la crítica al modelo biomédico (Arguedas, 2014; Binfa, Pantoja, Ortiz, Gurovich, Cavada y Foster, 2013; Contreras y Fernández, 2015, Gonçalves Da Silva et al., 2014). Gabriela Arguedas (2014) propone el concepto de poder obstétrico para comprender cómo este opera a través de la autoridad del discurso y práctica médica, cuyo fin sería la producción de cuerpos femeninos dóciles en pos de maximizar la efectividad de las gestaciones y parto-nacimientos. Esta cuestión ha significado un proceso histórico de exclusión de las mujeres de los saberes propios sobre sus cuerpos y sus procesos reproductivos, que se expresa en el desplazamiento de las parteras de la atención al parto que sitúa la gineco-obstetricia como el único conocimiento autorizado (Ehrenreich y English, 2006). Una consecuencia de esta crítica ha sido un movimiento de retorno a los partos en las casas, la creación de casas de partos o, en su defecto, la “humanización” o el respeto dentro del hospital (Nacer en Libertad, 2015).

El concepto de violencia obstétrica ha sido fuertemente rechazado desde el ámbito médico y de la salud, que ha preferido abordar este tema desde una perspectiva centrada en la calidad de la atención (Pozzio, 2016; Villanueva, Ahuja, Valdez y Lezana, 2016). Esta negativa de situar dichas prácticas como violencia es sintomática de una cultura y sociedad machista que invisibiliza la constante desigualdad y violencia hacia las mujeres como parte del orden establecido. Sin embargo, la promulgación en Venezuela durante el año 2007 de una ley donde se hace reconocimiento de la violencia obstétrica ha sido paradigmática para definir y tipificar este tipo de violencia y delito (Villanueva et al., 2016) cuestión que ha llevado a otros países de la región a legislar (México, Argentina) y que hoy tiene en el

congreso chileno un proyecto de ley en espera de ser aprobado, el cual ha sido impulsado por organizaciones feministas y de mujeres.

En 2016, el Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile incluyó por primera vez en su informe anual un apartado sobre VO, a raíz del caso de una comunera mapuche encarcelada y obligada a parir engrillada. La Primera Encuesta Nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica en Chile (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020), demuestra los altos niveles de maltrato existentes en las consultas ginecobstétricas y en las salas de parto: 79.32% de las más de cuatro mil participantes de la encuesta respondió haber vivido VO; 48.2% se sintió infantilizada o anulada por equipo médico (antes, durante y/o después del parto); 45% afirma que la hicieron objeto procedimientos sin pedir su consentimiento; a 28.6% se le impidió estar acompañada y a 24.9% se le impidió el contacto inmediato con su hija/o. Significativamente, 46.6% afirma que la experiencia de parto la hizo sentir vulnerable, culpable e insegura en algún sentido. En relación con las intervenciones durante el parto: a 51.2% se le administró medicamentos para apurar el parto; a 48.7% le realizaron tactos reiterados; a 37.7% se le practicó la maniobra de Kristeller; a 43.2% se le hizo episiotomía; a 48% cesárea y a 5.6% se le practicó raspaje de útero sin anestesia en situación de aborto.

### Violencia obstétrica, trauma relacional y política de localización

Los datos anteriores dejan ver que la presencia de la violencia obstétrica en la vida de las mujeres parece estar mucho más extendida de lo que podemos suponer y sus consecuencias, a nivel emocional y corporal, son mucho más profundas de lo que hoy conocemos;

permanecen ocultas en la normalización y naturalización de las prácticas médicas, legitimadas como el único conocimiento autorizado sobre nuestros cuerpos y sexualidad. Esta situación dificulta su cuestionamiento y problematización, así como la elaboración de la experiencia por parte de las personas que la han vivido.

¿Cuáles son las transformaciones que produce la vivencia de violencia obstétrica en la percepción que las mujeres tienen de sí mismas, sus cuerpos y su sexualidad? Esta pregunta se presenta como una manera de aproximación a los efectos que sobre la vida de las mujeres tiene la medicalización del parto, así como una apertura para recoger sus testimonios y relatos.

Las transformaciones que experimentan las mujeres producto de la violencia obstétrica las indagué, específicamente, en torno al concepto de sí misma/o, entendido como autoimagen, como un proceso en constante actualización, que determinaría nuestra individualidad y que configuraría nuestra manera de vivir (Rogers, 1959). He decidido incluir en la categoría desarrollada por Rogers las dimensiones correspondientes a la corporalidad y sexualidad en el sentido que les confiere Mari Luz Esteban, ya que la vivencia y la percepción de nosotras/os mismas/os es encarnada y dinámica (2004). Tal como lo propongo, la experiencia de la violencia obstétrica alteraría el autoconcepto que las mujeres tienen de sí, así como las relaciones con el entorno y forma de vida. El autoconcepto se refiere tanto a la autoimagen (imagen de sí misma) como a la autoestima (valoración de sí misma). Al mismo tiempo, considero la corporalidad en tanto funciones, potencialidades y/ o capacidades corporales, que se verían transformadas por esta vivencia. La sexualidad se entenderá referida a las prácticas concretas (deseo, frecuencia, etcétera),

las cuales experimentarían cambios respecto a su estado anterior a la vivencia de violencia obstétrica.

La experiencia de violencia obstétrica impacta negativamente en la vida de las mujeres de modos muy diversos, pero que convergen en la figura del trauma, entendida como una grave herida anímica o física provocada de forma violenta por un agente externo (Längle, 2009). En este sentido, muchas de las prácticas que se consideran violencia obstétrica redundan en incisiones y cortes en el cuerpo (episiotomía u operación cesárea) que de un modo u otro cambian su fisonomía y la percepción que tenemos de este, al provocar resultados tales como cicatrices, relaciones sexuales dolorosas, problemas de incontinencia, entre otros. Este concepto de trauma es coincidente con la idea de trauma relacional desarrollada por Jessica Benjamin (2012) quien, desde una perspectiva intersubjetiva, propone que para que el sí misma/o pueda experimentar plenamente su subjetividad debe ser reconocido por un otro/a. Planteo que el reconocimiento es lo que se ha perdido en la violencia obstétrica, produciendo en su lugar la objetualización de las mujeres. Así, ese otro/a niega e imposibilita la emergencia intersubjetiva del sí misma/o. De este modo, postulo que la violencia obstétrica produce el trauma provocado por un tercero/a en su doble dimensión de profesional de la salud y representante de una institución. Sin embargo, la violencia obstétrica opera de una forma menos explícita o menos evidente, en la medida en que se supone que actúa por el bienestar de esa persona sobre la cual se ejerce, camuflándose a través de retóricas del cuidado (Salinero, 2017).

Entiendo por política de localización la posición social y cultural de la persona que habla. Me interesa este concepto postulado por Adrienne Rich (1984) porque sitúa la experiencia y el cuerpo como lugares legítimos de enunciación, espacios desde donde se

producen conocimientos. Para la autora, el pensamiento está situado en la contingencia de la propia experiencia y por ello constituye un ejercicio parcial, no universal. La política de localización, en la perspectiva feminista, se articula primariamente desde el cuerpo, considerado como sitio de intersección entre lo biológico, lo social y lo lingüístico, y porque ha sido justamente desde éste, que se ha erigido la subordinación y el dominio sobre las mujeres (Rich, 1995). También, porque el cuerpo es precisamente desde donde se pretende subvertir los códigos culturales y abrir la posibilidad a nuevos imaginarios. Es en este sentido que planteo una política de localización feminista para analizar los relatos de vida de mujeres que han experimentado violencia obstétrica, como una forma crítica de los estereotipos y convenciones normativas sobre los cuerpos de las mujeres, específicamente el cuerpo gestante y materno.

La herida física y psíquica que provoca la vivencia de la violencia obstétrica está vinculada a la experiencia del ser mujer en nuestra sociedad. El cuerpo gestante, como cuerpo sano, fuerte, saludable y vital, no corresponde con las expectativas que sobre el cuerpo femenino existen en la sociedad. Todo lo contrario, se espera —según Cohen— que sea pasivo, débil, sufriente, dependiente y, por lo tanto, en esta situación de no coincidencia, será necesario ponerlo en su “lugar” dentro de las relaciones de poder y con ello re-objetivarlo (Cohen, 2016; Sadler et al., 2016). Así, según Sadler et al. (2016), la violencia sería funcional para reproducir la narrativa de género en la salud sexual y reproductiva, y sería estructurante de los cuidados maternos. Al mismo tiempo, como expone Rich (1995), al ser la maternidad un lugar específico de control sobre las mujeres, requiere de la producción de una subjetividad que responda a esos patrones culturales, en donde la culpa, el sacrificio y el poner la vida por y para otros/ as, sea aprehendido como un

valor que delinea nuestro género, en el cual se cumple la idea de que debemos soportar la violencia.

## Un acercamiento a la violencia obstétrica desde relatos de vida

Esta investigación se inscribe en el enfoque biográfico narrativo, es decir, toma como centro una dimensión particular de lo social a la que se accede por medio de la biografía o la historia de vida de diversas personas (Chase, 2015; Silva, 2008). El relato de vida puede situarse en un punto de inflexión de nuestra vida (Chase, 2015), como por ejemplo, el relato de la gestación y parto-nacimiento. En esta técnica, para iniciar la conversación se utiliza una consigna amplia, en este caso específico fue “cuéntame tu experiencia en relación a tu gestación, parto y puerperio”. Lo que pretende el relato de vida es que la persona se exprese libremente sobre el tema planteado, posibilitando la escucha atenta de la investigadora, que solo interviene para pedir precisiones o ahondar en ciertos aspectos. Por ello se puede realizar más de un encuentro con cada participante (en este estudio se efectuaron dos, ambos en 2017). Durante el segundo encuentro, ahondamos en aspectos específicos que ellas relataron previamente en relación con las transformaciones en sí mismas producto de la vivencia de VO, profundizando en la percepción de cambios en su cuerpo su sexualidad y autoimagen.

Me interesa el relato de vida como técnica, porque releva la experiencia y permite acceder a la subjetividad de la persona. Se trata de conocimiento encarnado que, sin confundirse con una instancia terapéutica, podría significar un momento de encuentro y reconocimiento que posibilite la resignificación simbólica de la vivencia de VO. El relato

de vida podría abrir ese espacio para volver a vincularse y reconocerse con otro/a, en el sentido en que lo plantea Jessica Benjamin (2012). Realicé un muestreo intencional, para entrar en contacto con cuatro mujeres que viviesen en las regiones Metropolitana y de Valparaíso (las dos más pobladas del país), se hubiesen atendido o bien en el sistema público o bien en el privado de salud, tuviesen consciencia de que vivieron VO y estuviesen dispuestas a compartir sus experiencias. Esto último lo consideré como un criterio ético y de cuidado hacia ellas.

Para encontrar colaboradoras, decidí ir a una actividad sobre VO en Valparaíso. Me contacté allí con dos mujeres (una de Valparaíso y otra de Santiago) quienes, a su vez, me contactaron con dos más que estaban interesadas en compartir sus experiencias. A cada una le expliqué los objetivos del estudio y firmaron un consentimiento informado que sigue los lineamientos éticos establecidos por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile, para este tipo de estudios.

Las cuatro mujeres son de nacionalidad chilena, con edades entre los 27 y los 37 años, residentes de la región de Valparaíso (dos) y de la región Metropolitana (dos). Sus partos tuvieron lugar entre 2002 y 2014, dos en establecimientos públicos y dos en hospitales privados. Sus hijas/os tienen entre tres y 15 años. Todas las mujeres pertenecen a estratos socioeconómicos medio o medio bajo.

He analizado los relatos partir de un análisis de sus principales contenidos siguiendo una lógica singular y luego una lógica transversal, es decir, primero examiné en profundidad cada relato y observé sus particularidades, para luego considerar las continuidades y discontinuidades entre ellos. Para el análisis de los relatos puse especial

atención a las categorías analíticas propuestas: transformaciones en autoimagen, cuerpo y sexualidad.

## Sobre las experiencias de violencia obstétrica de las narradoras

Lila tiene 32 años, dos hijos, es educadora diferencial, vive en una comunidad no urbanizada hacia las afueras de Valparaíso con su pareja e hijos. En su primera gestación, a los 19 años, mientras estudiaba educación diferencial en Valparaíso, estaba muy emocionada de ser madre, pese a que su embarazo no fue planificado. Detectaron una anomalía en su gestación y su hija fue pronosticada como “incompatible con la vida”. Esto no significó un problema para ella, ya que se sentía muy conectada y plena con su gestación, y pensaba que las cosas podrían mejorar. Cuando comenzaron las contracciones, su obstetra la derivó a un centro de salud privado donde no había cuidados de urgencia en neonatología, los que supuestamente iba a necesitar su hija dada su condición. Allí recibió malos tratos por parte del matrn de turno. Cuando nació su hija, la neonatóloga le impidió verla, no la dejó tomarla en brazos ni amamantarla. Se la mostraron desde una especie de incubadora para llevársela de inmediato a un centro de salud que sí cuenta con esos cuidados neonatales, sin que pudiera acompañarla. Allí comenzó un periplo por consultas de médicos que querían diagnosticar su caso, sin darle acompañamiento psicológico ni ayudarla a brindarle los cuidados amorosos que ella y su hija necesitaban. La niña muere a los cinco meses. A partir de esta experiencia, decidió no depender más del sistema médico y vivir sus nuevos partos en casa. Escribió un libro sobre violencia obstétrica, sanación con hierbas y partos en casa. Actualmente se dedica a la escritura, la educación, la partería y la prevención de la violencia obstétrica.

Alicia tiene 35 años, es soltera, vive en la comuna de Santiago. A los 30 años decidió, junto con su pareja, ser madre. Sabía que quería un parto amoroso, sin anestesia y respetado. Acudió a diversas consultas médicas y recibió burlas, ironías e incluso le recetaron pastillas para adelgazar. Encontró una clínica privada donde se sentía bien, podía realizar un plan de parto, y decidió tenerlo allí. El día del parto las cosas no fueron como esperaba; le pusieron anestesia sin preguntarle, la anestesia la aturdió y la dejó sin capacidad de reacción. La sala estaba llena de gente que la retaba y observaba. El pediatra y la matrona peleaban y su hijo nació en un ambiente lleno de gritos. Meses después, revisando unos videos de su parto, al ver su rostro inexpresivo al tomar a su hijo, se da cuenta de todo: ella había vivido violencia obstétrica. Desde allí logra comprender su estado emocional depresivo y se vincula con otras mujeres en la liga de la lactancia y en otras instancias de maternaje. En este proceso comienza su formación como doula. Más adelante crea una agrupación para denunciar la VO como violencia de género y promover el parto respetado.

Helena es matrona, está casada, tiene 34 años y tres hijas. Vive en Paine, comuna rural de la región Metropolitana. A los 19 años, mientras estudiaba obstetricia, quedó embarazada sin planificarlo; pensaba realizarse un aborto, pero su pareja del momento no la apoyó. Por ser estudiante de obstetricia, la asistencia de su parto en el hospital clínico de la Universidad fue gratuito. Así, este parto, pese a ser intervenido (anestesia, oxitocina, episiotomía) lo recuerda como amoroso y con mucho apoyo de su ginecólogo; pudo ver cómo su hija nacía, estaba acompañada de su pareja e incluso pudo permanecer con su hija todo el tiempo, mientras la controlaban. Luego, a los 27 años, y ya con independencia económica y una nueva pareja, planificó ser madre nuevamente. Desde las primeras

semanas de esta nueva gestación, apareció una enfermedad que la tuvo vomitando todo el tiempo (hiperémesis gravídica). Desfiló por distintas consultas médicas donde le repetían que ella no está aceptando su embarazo y que esa es la razón de su enfermedad e incluso le propusieron ir al psiquiatra. Fue hospitalizada varias veces a causa de esa condición. Como no lo soportaba más, planificó una inducción en el hospital, la cual terminó en una cesárea muy agresiva, en la cual no pudo tomar a su hija hasta el tercer día por los dolores producto de la intervención quirúrgica. Compartió con sus compañeras de trabajo lo que vivió, pero ellas lo normalizaron diciéndole: “así son todos los partos”. Sintió que había sido la peor experiencia de su vida y no lograba comprender por qué sus colegas no empatizaban con su sufrimiento. Comenzó a estudiar qué es la VO. Luego de siete años, decidió volver a ser madre y se preparó para ello. Aunque volvió a tener hiperémesis gravídica, logró controlar su condición gracias a que se formó como instructora de yoga prenatal. Llevó a cabo el parto en casa, donde participaron su pareja y sus dos hijas. Ahora se dedica a atender partos en casa, promover los derechos del nacimiento y es parte de una agrupación para prevenir la VO.

Silvana tiene 30 años, está casada, tiene dos hijxs, vive en el sector de Playa Ancha de Valparaíso. Es contadora general, ingeniera y técnica en administración de recursos humanos. Cuando tenía cuatro años, su madre murió, por lo que la gestación y la maternidad los imaginaba como un cierre en su historia de vida en que imaginaba que nunca más iba a estar sola. En el momento de su primera gestación, a sus 23 años, fue atendida tanto por un ginecólogo particular como un consultorio del sistema público de salud, porque no estaba segura de si tener a su hija en una clínica o en el hospital. Había escuchado historias en su entorno sobre malos tratos en el hospital a mujeres que parían

muy jóvenes y sentía miedo de que le fuese a ocurrir, pero finalmente tomó la decisión de atenderse allí y así utilizar el dinero del costo por la atención en comprar cosas para recibir al bebé. Cuando comenzaron las contracciones, acudió al hospital. No le dejaron estar acompañada, la retaron, le hicieron tactos reiterados y dolorosos, la obligaron a desvestirse en público, la amenazan que, si no se aguantaba las contracciones, no le pondrían anestesia. En su segunda gestación, fue atendida nuevamente en el hospital, porque ya conocía la situación y de qué manera comportarse para eludir el maltrato. Además, en esa ocasión, podría estar acompañada por su marido, ya que se había implementado un programa de apoyo al parto. Asistió a charlas donde le explicaron el nuevo trato humanizado del parto en el hospital y se sintió entusiasmada. Paralelamente, en una ecografía, el médico la regañó por estar “gorda” y le practicó un examen muy doloroso cuyo efecto fue sentirse culpable por su peso. Durante el parto no se cumplieron las expectativas del nuevo trato y solo la dejaron estar algunos breves momentos con su pareja. Decidieron que no tendrían más hijas/os y, como ella quería dejar las pastillas anticonceptivas, su pareja se realizó una vasectomía. Tiempo después, al ver un programa de televisión sobre VO, supo que ella también la había vivido y pudo ponerle nombre a su malestar. Desde ese momento, conversa sus experiencias con mujeres cercanas que están gestando para prevenir los malos tratos y la violencia.

## Prácticas de violencia obstétrica que emergieron de los relatos de vida

Los análisis de los relatos de vida evidenciaron una serie de prácticas de violencia obstétrica. Sin ser el centro de nuestro análisis, consideramos que es necesario describirlas, pues constituyen el escenario de la vivencia de violencia de cada una de las cuatro

narradoras. Entre las prácticas específicas de violencia que nombraron, encontramos aquellas referidas a la obligatoriedad de mantenerse acostadas durante el trabajo de parto, la falta de privacidad a la que son sometidas (la que se expresa en la petición de desnudarse delante de otras personas), burlas, retos y amenazas del personal de salud, la negativa a dejar que la parturienta viera o tomara en brazos a la criatura recién nacida, así como intervenciones innecesarias y/o agresivas.

Y tuvimos una cesárea súper agresiva, súper agresiva. No estuve nada con mi hija, no la vi, yo diría creo que como a las 48 horas. Debo haber estado dos días sin verla. Salí muy adolorida de la cesárea cuando desperté, porque me quedé dormida en la cesárea y desperté en la sala de recuperación, sola, oscura, sin guagua y sin nadie al lado (Helena).

Ellos privilegiaron, o sea priorizaron el taparse bajo la pantalla de que tenían una incubadora, a que yo fuera quien la tuviera en brazos. Yo no la pude tomar en brazos. Y así desconectada y todo me dicen: “Te la vinimos a mostrar” (Lila).

Cuando llegamos a la sala, había un montón de gente, de funcionarios, y además de niñas que estaban ya hospitalizadas, y lo primero que te dicen es que te tienes que sacar la ropa y poner el pijama con todas las personas que estaban ahí; niñas, mujeres, y que te saques la ropa y que te tienes que poner pijama y acostarte (Silvana).

Él quería sacarme a la guagua y ella [la matrona], así como afirmándome la guagua, y como no dejando que el pediatra pasara. Y a gritos, ¿cachay?, así nació mi hijo, en un ambiente lleno de gritos, y yo, así, no cachando [entendiendo] nada (Alicia).

Un segundo tipo de prácticas violentas que se mencionaron corresponde a las que hemos denominado institucional, simbólica y de género; estas denominaciones aluden a ejercicios de violencia poco evidentes, más bien indirectos e invisibles, entre los cuales

encontramos la despersonalización (entendida como un modo de anular la identidad de la mujer al obligarla a quitarse aquellos signos que son parte de su personalidad), el privarlas de compañía de la pareja, la separación obligatoria madre e hija, la infantilización, la patologización y la apropiación del cuerpo por parte del personal de salud (este fue un tema que se mencionó en reiteradas ocasiones y tiene que ver con el modo en que es tratado el cuerpo de las mujeres al considerarlo un objeto que se puede manejar, controlar e intervenir, mientras ellas son dejadas al margen de las decisiones y procedimientos que se les realizan; asimismo, actúa negando el conocimiento que las mujeres poseen sobre sus propios cuerpos). Por último, mencionaron la normalización de la violencia obstétrica por parte del personal de salud.

Evidentemente ese día donde yo parí a la Elisa, ¡me robaron mi cuerpo! [...] porque además terminó en una situación súper trágica también [...] me privaron de lactar, me privaron de tomarla al upa y sentirla cerca, entonces como que siento que no fue esto que dicen: “ya bueno, es difícil el parto; pero después tenía la satisfacción de tener a tu guagua”. Eso no me lo dieron a mí tampoco [...] entonces [...] como sacarme de mí, y creo que no, no voy a volver a ser esa otra persona que era (Lila).

Entonces empecé a cachar que con todas las personas que estaba trabajando, mis colegas que tenía alrededor, pensaban que eso era normal, que estaba bien, que estaba bien ¿cachai? Y entonces fue así ¡me sentía peor! Iba a hablar con ellos y de verdad lo único que pasaba es que ellos querían normalizar esa situación que para mí había sido lo peor que me había pasado en la vida. Y me empecé a meter en el tema de las intervenciones innecesarias, de la violencia obstétrica, qué es lo que significaba la violencia obstétrica en realidad y como cuántos años llevamos haciéndola y ejerciéndola, como matrona, como matrona (Helena).

También emergió una serie de prácticas referidas a las intersecciones entre género, clase social y edad. En el sistema público, las mujeres están sujetas a la arbitrariedad y poder de quienes trabajan allí; es la percepción que tienen de esa mujer la que hace que decidan, por ejemplo, si merece anestesia o no, y condicionan la atención a una expectativa de comportamiento asociada a la idea de que “le están haciendo un favor”. No solo es un sistema de salud sin derechos, sino también punitivo, donde la anestesia se convierte en un mecanismo asociado al dolor que discrimina o no a las mujeres pobres a través de su administración en el parto. De este modo, una mujer que reclama sus derechos, que pregunta más de lo “conveniente” o cuestiona ciertas prácticas, es considerada “problemática” y es castigada.

El anestesista me dice que me tengo que poner en una posición súper incómoda, que es como abrir las piernas y flectarme hacia delante, para que me pudieran poner la epidural. Y fue súper incómodo porque justo me vino una contracción en el momento en que él me iba a poner la anestesia, entonces él me dice: “quédate quieta o si no, no te la pongo”, y yo le digo: “pero espérese un poco, porque tengo una contracción”; y me dice: “no, es ahora o nunca”. Y me tuve que aguantar la contracción para que él me pudiera poner la anestesia (Silvana).

Respecto a la edad, se exhibe con mayor rigor cómo el sistema de salud reduce a las jóvenes, infantilizándolas, en gestos que podrían pasar inadvertidos, que se podrían confundir incluso con gentileza, pero que disminuyen a una mujer hasta el punto de convertirla en otra bebé.

Ella se acerca y me dice: “no trajo sus cosas, pero por suerte, aquí a una mamá se le quedó una colonia de guagua [loción infantil], así que de esa le voy a echar”. Y me empezó a

echar colonia de guagua, mientras me ayudaba a cambiarme, a sacarme las cosas con sangre [...] ¡qué transgresor! O sea, se metieron por la raja toda mi sensación de victoria, todo, igual me minimizaron a que yo era una guagua (Lila).

## Transformaciones en sí mismas como respuesta a la violencia obstétrica

Sin nombre, raza ni credo, desnuda / de todo y de sí misma, da su entrega,  
hermosa y pura, de pies voladores. Sacudida como árbol y en el centro /  
de la tornada, vuelta testimonio

(La Bailarina, Gabriela Mistral).

Resulta importante señalar que, en sí mismos, la gestación, el parto y el puerperio comprenden etapas complejas para las mujeres (hermosas y difíciles), las cuales conllevan transformaciones en los ámbitos interconectados que proponemos en esta investigación, a las que se suman las demandas y expectativas sociales de la maternidad (Rich, 1995). Como en el extracto del poema de Gabriela Mistral, estas mujeres que experimentaron VO entregan su testimonio describiendo procesos de reconstrucción de sí mismas después de haber sido sacudidas como árboles. Otra metáfora que surgió de los relatos y que también connota ser sacudidas, describe la vivencia de la VO y su elaboración como un terremoto. Terremoto que remeció los cimientos sobre los que ellas habían establecido sus vidas hasta ese momento y las llevó a un profundo proceso de autoconocimiento. Todas las narradoras han tenido que lidiar con la ambivalencia de emociones negativas y positivas, de recuerdos dolorosos mezclados con el orgullo de haber logrado sobreponerse. En estos procesos de elaboración de sus vivencias, además se han enfrentado a los mandatos de género que

suponen a las mujeres (y particularmente a las gestantes y puérperas) pasivas y sin movimiento.

## Transformaciones en autoimagen

La mayoría de las narradoras concuerdan en que luego de la vivencia de violencia obstétrica pasaron por un largo periodo de depresión (que va de uno a tres años, aproximadamente). En tres de los relatos se narra la posibilidad de terapia psicológica y psiquiátrica (paradójicamente, se les invita a recurrir a tratar los efectos del modelo médico mediante una nueva medicalización). Dos de ellas dejaron los medicamentos recetados por considerar que las adormecían, en un símil del proceso vivido por la anestesia durante el parto. En dichos momentos, los cuestionamientos y los sentimientos de culpa fueron constantes y las llevaron a comunicarse con otras mujeres que habían vivido partos similares en un intento de entender su propio malestar y dolor, y desde allí comenzaron un proceso de sanación. Al hablar de la vivencia, se vuelven a sentir las emociones negativas asociadas a ella. Asimismo, relatan que sienten que se convirtieron en otras personas, y que pudieron superar esta vivencia traumática con esfuerzo y profundo trabajo personal; incluso, dos narradoras expresan que esto les brindó un nuevo sentido a sus vidas y a la práctica de sus profesiones.

En relación a las transformaciones de autoimagen, encontré relatos que hablan de una mayor confianza en sí mismas y de mejoras en la autoestima, así como la emergencia de una conciencia ético-crítica frente al MMH. Del mismo modo, expresan su sensación de haber adquirido una mayor fortaleza personal y de poseer nuevas herramientas para afrontar

sus vidas. Resulta muy interesante observar que perciben sus emociones de dolor y rabia como movilizadoras en su tarea para contribuir a evitar que otras mujeres vivan violencia obstétrica. Del mismo modo, se perciben capaces de poner más límites en sus relaciones interpersonales, e incluso algunas de las narradoras se enfrentaron a las personas que las violentaron en sus partos. Respecto a la experiencia de violencia obstétrica misma, algunas de las narradoras señalan que esta le confirió un sentido diferente a sus vidas, las hizo detenerse y mirarse, haciéndoles cambiar el orden de sus prioridades. Por ejemplo, “Y el hecho de trabajar en la partería hoy en día creo que... que es una forma de reivindicarme en mi vida” (Lila).

Siento que la forma en que el Daniel llegó fue generando una serie de procesos de toma de conciencia primero, y de sanación después, y de resignificación, que hoy día me tienen donde estoy, ¿cachay? Y agradezco caleta eso; entonces, es como de [risas]... desde un trauma a como que ¡paaa!, había que sacar algo bueno (Alicia)

Asimismo, todas ellas, en el proceso de lidiar con la violencia y elaborar su experiencia, transformaron esta vivencia negativa, cuya resignificación les permitió ayudar a otras mujeres y, al mismo tiempo, sanar sus propias experiencias. En cualquier caso, su conciencia crítica convive también con sentimientos de culpa, auto exigencia y minimización de las responsabilidades de las y los otros. En la siguiente frase se expresa este rasgo ambivalente que se produjo luego de la vivencia de violencia obstétrica: “Siento que a partir de ese evento tengo un rasgo depresivo y pesimista súper poderoso igual. Así como también veo esta posibilidad maravillosa de acompañar a las mujeres y sentirme súper fuerte acompañándolas” (Lila).

Por otra parte, aparecieron ejemplos de transformaciones que expresan aumento en la confianza en sí mismas y mejoras en la autoestima, que les brindan seguridad para realizar acciones por su bienestar y el de otras mujeres:

Mis otros dos partos fueron en casa debido a esto. Yo no quería que ningún desgraciado tocara a mis cabros chicos. Podría haberme dado más miedo, pero fue al revés. Me dio una fortaleza como hacerlo y un miedo más profundo a que otro lo hiciera (Lila).

Cuando hicimos el cierre con las Casildas, yo les decía, pa' mí esto es como el cierre [...] Sí, la herida está, y hoy día es ese dolor y esa rabia y, y todo lo que genera, que me moviliza pa' ojalá evitarle esto a otras mujeres (Alicia).

En todos los relatos pude apreciar que, aun en el presente, existen ciertos eventos o momentos en que resulta inevitable para ellas volver inconscientemente a revivir sus experiencias, pues persiste la herida provocada por la violencia obstétrica como trauma relacional.

Me dio pena porque así uno revive un poco esas sensaciones en donde te sentiste más vulnerable. Lo primero que recuerdo cuando conversamos estos temas, recuerdo las sensaciones y de lo que en definitiva marcó la experiencia, porque yo no voy a volver a tener más hijos, entonces las únicas experiencias que me quedan son esas (Silvana).

Un fenómeno muy interesante que he podido constatar es lo que he denominado emergencia de una “conciencia ético-crítica”. Se trata de un proceso de carácter dialógico en el que, junto con otras mujeres, se va adquiriendo conciencia de la violencia vivida y de sus causas y consecuencias. Estamos frente al nacimiento de una conciencia que permite juzgar un modelo o sistema a partir de sus prácticas violentas. Dicha conciencia ético-crítica se rebela frente a las relaciones jerárquicas y autoritarias que establece la

ginecobstetricia, donde las mujeres no tienen voz y sus cuerpos son silenciados, medicalizados y patologizados. Esta crítica se dirige además hacia la salud de mercado de Chile donde —expresan— la calidad estaría mediada por cuánto puedes pagar y por el miedo de correr algún riesgo. Así, juntarse con otras les permitió ver que sus experiencias de violencias eran compartidas, y que respondían tanto al sistema sexo/género como a las desigualdades propiciadas por la condición socioeconómica y su expresión en el sistema de salud. Se trata de un proceso de darse cuenta y poner nombre (violencia) a lo que les ocurrió, así como de atribuir responsabilidades y comprometerse con la acción. Se trata de un momento en que se superpone una serie de categorías (el sexo y la clase social para el caso que presentamos).

El proceso de darme cuenta de que había vivido violencia obstétrica siendo parte del sistema, siendo ignorante igual, significaba que la gente que no cachaba nada del sistema estaba más vulnerable aún. Entonces, era como ahí mi despertar finalmente a la educación y al socializar este concepto nuevo de la violencia obstétrica (Helena).

La adquisición de conciencia las comprometía con la acción, esto es, contribuyó a que ellas pusieran su experiencia al servicio de otras mujeres, ya fuese a través del acompañamiento, la enseñanza en talleres o simplemente al relatar su experiencia en su círculo de amigas. Al estar la VO tan naturalizada e invisibilizada, vivida a menudo en la soledad del puerperio, solo el hecho de compartir la experiencia con otras puede significar el comienzo del deseo común de un mundo en donde la VO no se siga reproduciendo.

Bueno, a nivel personal, me hace sentir como las ganas de que esto se, se transparente digamos. Se visibilice, como decía la vez anterior. No es posible que no todos sepamos lo

que pasa efectivamente. Entonces, desde allí eso me pasa. Siento que es necesario que esto se muestre (Silvana).

Y en todo ese proceso el parto mismo y los procesos que sucedieron ahí, también desencadenan esto, que yo no quiero que otras mujeres se vean expuestas a la violencia obstétrica, donde tengo que hacer algo y estar y haciendo talleres (Alicia).

## Transformaciones en la percepción del cuerpo propio

Las transformaciones que las narradoras perciben en sus cuerpos tienen relación con un proceso de autoconocimiento, en un modo de reconocer el cuerpo de forma distinta al propiciado por el sistema de salud (cuerpo sumiso/cuerpo objeto), deteniéndose en sus ciclos, ya no patologizados (muchas de ellas fueron diagnosticadas de ovarios poliquísticos, por ejemplo), sino en su funcionamiento particular. Las narradoras dicen que antes de la vivencia de violencia obstétrica no poseían una conciencia acabada de sus cuerpos, de sus ritmos, de su potencia y poder. Este reconocimiento se dio a partir de prácticas que las ayudaron a reconectarse con el mismo (concentrarse en los ciclos y en la menstruación, hacer trapezio, tener la experiencia de un nuevo parto no medicalizado, o convertirse en instructora de yoga prenatal). Se trata de prácticas que les permiten reapropiarse de su cuerpo, despertando y desarrollando su potencia y sensibilidad.

Y de ahí para adelante, viene un proceso de reconocer mi cuerpo de forma distinta, de amar mi luna. Hoy día es como bakán saber días antes que siento el útero, antes nunca lo sentí. Siento cuando se empieza a inflamar, ahí, como más de un lado que del otro, algo está pasando. Generalmente sé... en la noche ya va a bajar hoy día (Alicia).

Dos de las narradoras relacionaron estos deseos de reapropiación y conexión con el momento del parto asistido en el hospital, particularmente con su experiencia de ausencia de control corporal sobre el mismo, cuando se les pide que pujen en medio de la anestesia. Este momento es relatado como ausencia de control y de adormecimiento:

cuando me pusieron esa anestesia y no sentí desde mis pechugas pa' abajo, fue como la primera vez en que como que me di cuenta que había un cuerpo y que yo lo desconocía por completo (Lila).

Otra de las cuestiones que surgieron fue la reapropiación del cuerpo a partir de la investigación, la educación, y también a través de una nueva experiencia de parto. Esta última situación la relatan dos de las cuatro narradoras, que se desafiaron a sí mismas en un parto en casa y lo describen como un reto para el cual se prepararon intensamente, que les permitió afirmarse a sí mismas y retomar el control de sus cuerpos y su sexualidad. Esta experiencia de desacato fue crucial para sentirse empoderadas, poderosas, y demostrarse a sí mismas que no necesitaban del sistema médico hegemónico para hacerlo.

Mi percepción corporal es súper distinta y él [su pareja] logró también conectarse con esa percepción. Entonces nuestra vida sexual, nuestra relación de pareja, es mucho más abierta, con mucha más comunicación, con más tolerancia y también hay, hubo un refuerzo entre nosotros, como de esta sensación de satisfacción después del parto, era el tremendo desafío y lo logramos. Lo logramos los dos solos y lo hicimos juntos (Helena).

O sea, yo igual había parido a mi hijo de poto, yo mido 1.53 m. Y el Ariel pesó 4 kilos, midió 51 cm, o sea un bebé gigante que más encima nació de poto, o sea todos los pronósticos contrarios, entonces yo me sentía súper fuerte, súper fuerte, y... y empecé a acompañar así (Lila).

Del mismo modo, se evidencia una estrecha relación entre la sensación corporal asociada a la lactancia, una suerte de electricidad en los pechos o axilas, con emociones tristes y una suerte de memoria corporal: “Yo lo igualo a cuando uno da teta, sientes como una electricidad [...] pero, por ejemplo, cuando mi hijo lloraba, yo sentía eso, pero también, por ejemplo, si yo veía en la calle algo que me daba pena, se me activaba esa sensación en las tetas” (Lila).

Las prácticas de reapropiación del cuerpo resultaron sumamente relevantes para recuperar el control sobre sus vidas. Estas prácticas abarcan un amplio espectro que puede ir desde pintarse el pelo, efectuar modificaciones corporales o realizar prácticas de reconocimiento del mismo.

Me volví a poner un piercing en la lengua, que me lo puse hace unos meses atrás, me pinté el pelo como yo quería tenerlo, de colores. Ahora este año me quiero hacer un tatuaje que tiene que ver como con todos estos procesos, y como la idea es mezclar un útero con una flor de loto (Alicia).

## Transformaciones en la sexualidad

En relación a las transformaciones en la sexualidad, las narradoras relatan que en un primer momento, se expresaron como suspensión de la vida sexual, incluso dos de ellas terminaron con sus parejas. La sexualidad se fue reactivando a medida que se reapropiaron o redescubrieron sus cuerpos.

La sexualidad como que mejoró siento yo, mucho más después del parto. Cuando hice este proceso de hacer conciencia, de extrañar mi ciclicidad, de empezar a buscar a

conectar un poco más con mi ciclo... fui mucho más consciente como de mi ser sexual y empecé a disfrutarlo más, la verdad (Alicia).

Dos de las narradoras también consideraron la experiencia satisfactoria de un nuevo parto, esta vez en casa, como un momento crucial en la recuperación de su sexualidad, e incluso una de ellas relata haber vivido un parto orgásmico. Sin embargo, fue un proceso paulatino relacionado con la sanación de su vivencia de violencia obstétrica, ya que en un primer momento las narradoras se enfrentaron a un bloqueo en su sexualidad:

Así que puede ser que lo visualizo así, o lo siento así; que mi cuerpo reaccionó de una forma y como de reseteo, pero obviamente sin un reseteo total. Sí. Creo que... en lo sexual puntualmente, porque recuerdo que me costó mucho volver a tener como una vida sexualmente activa que no fuese a partir de... de otros detonadores (Lila).

Otra de las transformaciones de la sexualidad reportadas revela que las narradoras incorporan su propio deseo como forma de rebelarse al control y sumisión de sus cuerpos en general, pero también a lo que en algunos casos denuncian como una violación de la intimidad, como la apropiación de sus cuerpos por parte del personal médico, y que es descrito —por su grado de violencia— en términos que se asemejan a la violación. Volver a contactarse con su cuerpo y su sexualidad fue para ellas una tarea explícita para reapropiarse de sí mismas.

Pero siento que después del primer parto yo me di cuenta que tenía un papel importante que desarrollar, como guiando esa sexualidad, como: esto es lo que a mí me gusta, o lo que no me gusta, o esto quiero, o así me siento mejor... no sé, como desde el cuerpo... Porque siento que desde el hospital cargo con mucha imposición, como que uno entra a ese espacio y siente como esa pata encima que exige que tú seas sumisa y que

recibas todo lo que ellos te van a entregar, y que abre las patas, y que esto y esto otro... y es como de verdad, yo siento que es una violación a tu cuerpo, a tu intimidad, a tus emociones, a lo que tú entiendes como identidad o propio, y es difícil volver a retomar eso y volver a sentir que tu cuerpo te pertenece y no volver a agachar la cabeza cada vez que te digan: ¡ya, súbase a la camilla! (Lila).

Si bien las narradoras no cambiaron la dirección de su deseo —que siguió siendo heterosexual— al reencontrarse con sus cuerpos, el quererlos y aceptarlos como son, sus experiencias sexuales se tornaron más satisfactorias. Ellas se dieron a sí mismas el poder de decidir cómo quieren vivir su sexualidad, de permitirse guiar su deseo y con ello no aceptar más imposiciones ni del sistema médico, ni de las normas que la sociedad dicta sobre la sexualidad femenina como sumisa y al servicio de otro.

Entre medio tuve un hijo y después otro, un segundo hijo, y siento que en lo que más ha modificado [la vivencia de violencia obstétrica] creo que es en lo sexual a través de, de aferrarme más a la sensación del placer, más que a otra cosa, como más que a sentir amor, sentir placer para después sentir amor ¿cachay?, como ir corporalizando en la sexualidad un disfrute, un celebrar la vida y no vivirla porque hay que vivir (Lila).

A diferencia de las otras, una de las narradoras mencionó la importancia de que su pareja se haya practicado una vasectomía para el desarrollo de una sexualidad más plena. Decidieron no tener más hijos/as y que esto no pasara por su cuerpo, pues ya llevaba dos partos y el uso de diversos anticonceptivos hormonales que la hacían sentir mal y de los cuales quería prescindir también porque no podía costearlos. La responsabilidad por la reproducción, en una sociedad machista como la chilena, sigue siendo de las mujeres y, como relata Silvana, los métodos son invasivos y caros. Sobre la decisión de la vasectomía cuenta:

Nos habíamos informado de que era un proceso mucho menos invasivo para ellos, ambulatorio, etcétera. En cambio, yo me tenía que... y también fuera de lo que significaba lo físico de una operación, lo pensamos: “bueno, nosotros somos iguales, ¿por qué soy yo la que siempre me he llevado la responsabilidad de cuidarme con anticonceptivos?, qué se yo” [...] porque esto, por ejemplo, mi suegra lo tomó como casi que era una prueba de amor. Pero no lo veo como heroísmo. El círculo cercano lo vio así como: “ah, él es tan bueno” (Silvana).

La operación convirtió su sexualidad en una práctica más igualitaria y placentera: “fue importante, nos ayudó a descubrir esta cosa como de pares”. Esta frase me parece relevante, puesto que rompió con el mandato de género de que son las mujeres las que deben hacerse cargo, y en este sentido la libertad que ello le confirió afirmó su autonomía sexual y le permitió centrarse en el goce sin preocuparse de posibles gestaciones, como asimismo demostrar que es posible tener una relación heterosexual donde la responsabilidad es compartida y o consensuada.

### Discusión: “Podría haberlo vivido desde otro lugar...”

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia hacia las mujeres, institucionalizada, naturalizada y validada por medio de las retóricas del cuidado médico. Uso este concepto para referirme a todas aquellas acciones u omisiones que, amparadas en un discurso del cuidado, son impuestas sin el consentimiento de las mujeres o fuerzan su voluntad a través del temor, la amenaza o la coerción (Salinero, 2017). Son acciones en ocasiones muy sutiles, pero que tienen como resultado la imposición de una serie de prácticas iatrogénicas. Buena parte de estas conductas violentas parecieran cursar sin

conciencia por parte del personal de salud, el cual —por el contrario— puede sentir que está brindando los cuidados necesarios. Estos profesionales suponen poseer un saber especializado que termina por invisibilizar a las mujeres, desconocer sus propios saberes y negarles la autonomía necesaria para hacerse cargo de y participar en sus propios procesos reproductivos. Es por ello que, ante las demandas de las mujeres de un parto respetado o humanizado, gran parte del personal de salud no comprende a qué se refieren, ya que consideran que los procedimientos al uso siempre han sido los que se conocen, practican y son buenos. Se trata de una violencia casi imperceptible para quienes rodean a las mujeres, pero que tiene consecuencias aún más nocivas en tanto es practicada por aquellos/as que justamente debían cuidar de ellas.

A diferencia de otros trabajos que han explorado la dimensión traumática de la vivencia de violencia obstétrica (Sena, 2016), este estudio me ha permitido conocer un aspecto menos explorado y que remite a las transformaciones que las mujeres perciben en sí mismas después de sus experiencias de violencia. Todas ellas concuerdan en que la vivencia desencadenó múltiples transformaciones y su magnitud e intensidad se podrían comparar a las de un terremoto. Primero están los cambios percibidos en su autoimagen. Muchas han debido por mucho tiempo lidiar con la culpa y los auto reproches, ya sea por no haber impuesto límites, no haberse informado lo suficiente o haber cedido ante las presiones del personal médico. Lo que muestra esta dimensión es que, cuando las mujeres son puestas dentro de un sistema que funciona con tanto poder y que opera de modo tan despersonalizado, son arrasadas por el mismo (Sampaio, Tavares y Herculano, 2019). Si ellas tenían una idea clara de cómo querían que fuese su parto, estas expectativas naufragaron en la cruda realidad del sistema hospitalario. Las mujeres fueron despojadas de

sus señas de identidad, de su autonomía, fueron infantilizadas; y el proceso normal del parto fue patologizado. De este modo, las ideas que tenían sobre sí mismas fueron devastadas y en su lugar se instaló la culpa y el reproche de sí.

En nuestra sociedad, las mujeres son constantemente responsabilizadas por las violencias que experimentan. La interiorización de la culpa actúa como un mandato de género, mismo que escuchamos en relación al abuso sexual (la ropa, el lugar, el alcohol, la hora, todo es nuestra responsabilidad). Así surge ese auto reproche de “no estar informada” o “preparada lo suficiente” en los relatos, que se vuelve una nueva exigencia. Como expone un estudio sobre las experiencias de violencia de parturientas y doulas en una maternidad de Brasil, estar preparada o conocer nuestros derechos no garantiza que estos se respeten al interior del recinto de salud, ya que el ejercicio de la autonomía muchas veces es leído como desacato, desacato a las normas del hospital y a la autoridad de sus profesionales (Sampaio, et al., 2019).

Mujeres que experimentaron en sus propios cuerpos los extremos de la violencia, hasta el límite que algunas la describen como una violación. Esta descripción es común en relatos de mujeres que han vivenciado VO en distintos países del mundo y la vinculan directamente con la violencia sexual y el estrés postraumático; así, el parto se vive muchas veces como una violación en donde se ha suprimido cualquier capacidad de agencia y las mujeres quedan convertidas en objetos para la intervención (Kitzinger, 2015). Al negar su capacidad de decisión y voluntad, se produce la violación del cuerpo y de la propia integridad, violencia que ha forzado su autonomía y trastocado la imagen que tenían de sí mismas. Sus cuerpos fueron apropiados por el personal médico y sus relatos nos cuentan de la difícil tarea no solo de sanar las heridas, sino de recuperar para sí mismas el sentido de

pertenencia de su cuerpo y sexualidad. Recuperarlo para su propio goce y disfrute, como en dos de los relatos, por medio de prácticas directamente vinculadas al ejercicio físico y a la autonomía, en donde pudiesen tener ellas el control.

También hemos visto que su propia sexualidad se vio alterada no solo por las secuelas dolorosas de episiotomías rutinarias, de cortes o desgarros en sus tejidos, sino sobre todo por un ejercicio masivo de poder. De un poder invasivo, directa e indirectamente violento; de la exposición a la fragilidad, de verse privadas de cualquier soporte afectivo. Mujeres que terminan por ser enjuiciadas si se quejan a pesar de haber recibido a sus hijos “sanos y salvos”. Violencia del sistema médico, incomprensión por parte de la gente cercana, invisibilización de su dolor, normalización de la violencia contra las mujeres.

Desde una perspectiva localizada en la teoría feminista, la violencia que experimentamos las mujeres por parte del sistema médico nos revela nuevamente la existencia de una ideología de género que encubre una relación sistemáticamente desigual entre las categorías sexuales que ha creado (Butler, 1999). Se trata de un modelo que reproduce las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres, donde se nos infantiliza y somete a la voluntad del sistema médico, poniendo nuestros cuerpos a su disposición. Se refiere a una forma de violencia que es parte de un continuo en la vida de las mujeres y que nos muestra a cada paso cuál es el lugar que desean que ocupemos en nuestra sociedad. Un lugar de inferioridad y sometimiento, sin derechos ni voz, y donde las mujeres son vistas solo como un cuerpo reproductivo.

Por otro lado, las narradoras del estudio ponen en escena la incómoda metáfora del parto como un sufrimiento que tiene su recompensa con la llegada anhelada del hijo o hija. Este es precisamente uno de los mitos de la feminidad que legitima el dominio sobre el

cuerpo femenino, el sufrimiento, el dolor como algo inherente a la condición de mujer, y que pone en movimiento la subjetividad maternal, la cual Adrienne Rich (1995) identifica como un constante ser para otros. Manifiesta el modo en que las mujeres participan de la maquinaria de reproducción de una ideología de género. Afortunadamente, las narradoras que colaboraron con el estudio también nos muestran que el encuentro con otras mujeres les ha permitido adquirir una progresiva conciencia ético-crítica, una conciencia que les permite juzgar éticamente unos actos y un sistema que las violenta, al comprender sus causas; y que les permite reorientar sus acciones hacia la ayuda a otras, cuestiones que han sido constatadas también en otros estudios con relatos de mujeres de la región, como el de Daniele Manfrini en Florianópolis (2017). Por esto último, destaco que la emergencia del activismo en las narradoras —es decir, la reivindicación política del derecho de las mujeres a un parto asistido con paciencia, cuidado y respeto de su autonomía— se presentó como un ámbito que las dotó de un nuevo sentido de vida, les permitió resignificar la vivencia.

Justamente, al colectivizar sus experiencias se restableció el vínculo intersubjetivo que fue roto por la VO. Pude observar el rescate y apropiación de saberes ancestrales (parteras), de gente preparada en el acompañamiento y los cuidados requeridos por las parturientas (doulas) e incluso una reorientación profesional de las actividades de quienes han ejercido acríticamente el oficio de matronas (ahora vinculadas al parto en casa). Todas estas prácticas están contribuyendo a crear una imagen nueva de la gestación y del parto, una más alegre y gozosa, en la cual la autonomía y el protagonismo de las mujeres son clave, porque —como dijo una de las narradoras— “podría haberlo vivido desde otro lugar”.



Sin título, collage digital, 2020.

## Capítulo 3

### **Posición obligatoria: experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile<sup>3</sup>**

#### Introducción

Aunque creíamos superados los discursos médicos misóginos implantados fuertemente en el siglo XIX desde Europa (Ehrenreich y English, 2010; García Dauder y Pérez Sedeño, 2017; Strömquist, 2018; Valls-Llobet, 2009; Zárata, 2001) vemos como muchas de sus imágenes se repiten y circulan hoy en nuestra sociedad, haciendo resonar creencias arraigadas sobre la inferioridad física y la supuesta inestabilidad emocional de las mujeres (Martin, 2001; Maines, 2017; Gérvas y Pérez-Fernández, 2016). La ginecología, basada en el sistema sexo/género (Lamas, 1999), refuerza estas creencias y carga de contenidos derivados de las construcciones culturales sobre lo femenino y lo masculino. Las diferencias anatómo-fisiológicas entre los cuerpos son cargadas de valor, haciendo aparecer lo femenino de forma negativa. Del mismo modo, la clase social, raza, pertenencia étnica, localización geográfica, nivel educacional, orientación y prácticas sexuales, valores o creencias culturales, opciones de vida o condiciones de inmigrante o de refugiadas son diferencias invisibilizadas, olvidadas y negadas (Valls-Llobet, 2017).

---

<sup>3</sup> Este artículo se publicó como: Salinero Rates, Stella. (2024) Posición obligatoria: experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile. *Revista Interdisciplinaria De Estudios De Género De El Colegio De México*, 2024; 10(1), 1–42. <https://doi.org/10.24201/reg.v10i1.1076>

Como señala Mari Luz Esteban (1996) nuestra salud ha sido principalmente relacionada al campo de la reproducción, como si nuestra vida y salud se limitaran a ella. No existe una disciplina médica que supervigile la vida de los hombres como lo hace la ginecología con las mujeres. Acudir a la consulta es una experiencia común en la vida de muchas personas asignadas mujeres al nacer. Un rito iniciado en la menarquia y que continua hasta el final de la vida, lo que vuelve necesario conocer en profundidad los tratos recibidos y el trasfondo que los sustenta. En este sentido conocer la historia de la disciplina y sus “hitos” más importantes, observarlos desde una mirada crítica, nos entrega señales del contenido del currículum oculto, es decir, las actitudes y valores que no son explícitos pero que se despliegan e inculcan en dicha formación (Castro, 2014). Es importante señalar que la ginecología moderna desde sus inicios ha construido su saber violentando los cuerpos de las mujeres, principalmente de mujeres jóvenes pobres y de mujeres esclavizadas. Figuras consideradas padres de la disciplina desarrollaron sus técnicas al coste del sufrimiento de sus cuerpos, construyendo las bases de la práctica. El primer examen con espéculo moderno, considerado un momento inaugural de la conquista de la visibilidad de la vagina y el cuello del útero, fue practicado en el cuerpo de una mujer esclavizada en Estados Unidos (Kapsalis, 2002). La historia de la disciplina contiene otra de abusos, desde la experimentación en mujeres esclavizadas para desarrollar el tratamiento de la fistula, hasta los ensayos clínicos de las pastillas anticonceptivas en mujeres pobres de Puerto Rico, quienes sufrieron sus efectos secundarios y luego quedaron al margen de su uso debido a su costo. En paralelo, se promovía un programa de esterilizaciones forzadas como práctica eugenésica en poblaciones indígenas de distintos países de América Latina, siendo la más conocida la situación de Perú en el gobierno de Fujimori (y del que tenemos noticias debido a la ardua lucha que han dado sus víctimas). Del mismo modo, la enseñanza práctica de

ginecología y obstetricia se realiza habitualmente en los servicios públicos sobre los cuerpos de las mujeres sin consentimiento. En el norte global se realizan exámenes pélvicos a mujeres anestesiadas sin consentimiento, lo cual se ha calificado como abuso sexual (Hendricks & Seybold, 2017). En todos los casos mencionados se utilizaron sus cuerpos como material pedagógico para la formación médica (Davis, 2019). En este sentido, esa violencia fundacional sigue operando y dirigiéndose hacia las personas más vulnerabilizadas.

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) ha sido identificado como uno de los principales espacios para la producción y reproducción de la posición de subordinación de las personas asignadas mujeres al nacer dentro de nuestra cultura y sociedad. Dicho modelo, dominante en las sociedades occidentales y en expansión constante, se basa en una concepción de la salud y la medicina biologicista, pragmática e individualista, que privilegia lo técnico, tiende a la medicalización de los procesos naturales de la vida y produce iatrogenia, es decir, genera daño a través de la sobre intervención (Menéndez, 2020). Otro de sus efectos es inhabilitar a las personas para preocuparse y atender su propia salud (Illich, 2015).

Diversos estudios han puesto en evidencia la magnitud de la violencia y el abuso en la atención ginecológica y obstétrica en el MMH (Mena-Tudela, et al., 2020; Quintanella, 2020; Asociación mujeres para la salud, 2018; Galaviz de Anda, Díaz y Prado, 2015; García Hurtado, et al., 2003). Las situaciones más frecuentes refieren a malos tratos, denegación de información por parte del equipo médico, realización de procedimientos invasivos que se tornan intencionalmente dolorosos, castigos por orientación sexual, e incluso violencia sexual. La descalificación, la humillación y diversas expresiones de

violencia, constituyen prácticas comunes en los sistemas públicos y privados de salud, que contribuyen a su naturalización y normalización.

La situación en Chile no es mejor que la descrita en otros países (Colectiva contra la violencia ginecológica y obstétrica 2020; OVO Chile; 2018). En la atención del parto se siguen realizando rutinariamente intervenciones contraindicadas por la Organización Mundial de la Salud desde hace más de dos décadas, como episiotomías para agrandar el canal de parto, monitoreo fetal continuo y administración de oxitocina artificial para producir contracciones (OMS, 2014). Según datos de la Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y Obstétrica en Chile, (Colectiva contra la violencia ginecológica y obstétrica, 2020), un 67% de quienes contestaron reporta haber vivenciado violencia ginecológica (VG) y un 79.32% violencia obstétrica (VO). Un 21.4% afirma haber sido juzgada por sus prácticas sexuales y 17.6% ha tenido que escuchar comentarios inapropiados de índole sexual referidos a su cuerpo o sus genitales, mientras, un 17.45% ha sido víctima de abuso sexual dentro de la consulta.

## Sobre el presente estudio y su perspectiva analítica

El objetivo de este estudio es analizar las percepciones que poseen mujeres que han vivido violencia ginecológica sobre cómo son vistas por las y los profesionales de salud en Chile. En particular, la denominada violencia obstétrica se ha hecho visible gracias a la lucha de más de veinte años impulsada por mujeres de toda la región, para exigir partos humanizados y que se acabe con la excesiva medicalización y control de dichos procesos reproductivos (Arguedas, 2014; Belli, 2013; Fernández y Contreras, 2015; Gómez, 2007;

Manfrini, 2016; Ollino, 2017; Sena, 2016) Sin embargo, la violencia que se produce al interior de la consulta ginecológica excede las situaciones que contiene el concepto de violencia obstétrica centrado en la reproducción. La atención ginecológica acompaña toda la vida de las personas asignadas mujeres al nacer e incluye las de carácter preventivo destinadas a cuidar de nuestra salud sexual. Como expone Gabriela Almonte “el uso de servicios ginecológicos se caracteriza por requerirse en cualquier etapa de la vida la mujer, mientras que la obstetricia hace referencia a un periodo concreto, el embarazo, parto y puerperio” (2016, p. 2). Pruebas de detección de cáncer cérvico uterino, de mama, menstruación dolorosa, infecciones vaginales o urinarias, molestias pélvicas o cambios hormonales durante la menopausia, son algunos motivos de consulta. Incluye otros servicios y derechos asociados al disfrute de la sexualidad, transiciones de género, entre otras. Es decir, todas aquellas atenciones que no necesariamente son relativas a la reproducción. Todo lo anterior me llevó a considerar las experiencias de violencia en las atenciones ginecológicas, y en particular las de rutina, pues allí acudimos muchas personas asignadas mujeres al nacer cada año. Asistimos cumpliendo con el llamado constante de las autoridades de salud del Estado, para actuar con responsabilidad y cuidar de nuestra salud, en síntesis, por nuestro “propio bien” (Ehrenreich y English, 2010). Es por eso que en otros textos hemos afirmado que se trata de un nuevo mandato de rol de género (Cárdenas y Salinero, 2023b).

Al estudiar la consulta ginecológica se expande el concepto de violencia obstétrica para incluir personas que no desean, ni requieren atenciones obstétricas ya sea por su orientación sexual, identidad de género, edad y/ o por decisión personal, pero que acuden por algunos de los motivos antes mencionados y son, de igual forma, violentadas. Es

importante mencionar que en especial que lesbianas y disidencias sexo-genéricas consideran la insistencia en la reproducción en dicha atención como una nueva violencia que remarca la heteronormatividad y la maternidad como destino (Basualto, Zúñiga y Cárdenas, 2023; Brown, et al., 2014; Cano, 2019; Vergara Sánchez, 2013).

Elijo utilizar el concepto violencia ginecológica también porque como palabra “ginecológica” hace referencia a un sentido más amplio que permite la identificación de violencias vividas por parte de mujeres y personas asignadas mujeres al nacer, que no se limitan a las experiencias de la reproducción (Almonte, 2016). Esta elección abre la identificación del fenómeno por parte de quienes lo vivencian. Con todo, proponer este concepto no significa dejar de hablar de violencia obstétrica, ni aminorar su importancia en algún sentido, sino por el contrario, poner en paralelo las vivencias que exceden lo obstétrico, pero que se dan en el contexto de la salud sexual. Es más, gran parte de las ocasiones la violencia ginecológica se da en el espacio de las consultas privadas de un especialista, en donde la denuncia se dificulta mucho más y donde quienes se atienden quedan sumamente expuestas.

Dicho esto, quiero enfatizar que el concepto de violencia ginecológica se basa en los aportes realizados desde los estudios de la violencia obstétrica. La violencia ginecológica posee múltiples dimensiones: estructural, de género, institucional e interpersonal (Sadler et.al, 2017), como también una dimensión histórica que es necesario considerar para entender prácticas sostenidas en el tiempo y sus vínculos con la disciplina en cuanto construcción de saber-poder (Arguedas, 2014; Kapsalis, 2002; Vallana, 2020). Incluye todas aquellas acciones llevadas a cabo por el personal de salud, en el marco de la atención ginecológica, que naturalizan una relación de subordinación entre personal médico y

pacientes (ocultación o denegación de información, comentarios irónicos y formas de violencia relacionada con regañar o infantilizar) que impactan en la autonomía y la capacidad de decidir (Arguedas, 2014; Belli, 2013). Comprende, acciones directas de violencia psicológica o física dirigidas al cuerpo (comentarios o acciones impertinentes con respecto al cuerpo, medicalización excesiva, uso de procedimientos intencionalmente dolorosos, etc.), incluida cualquier forma de abuso y violencia sexual (obligación de desvestirse sin relación con el motivo de consulta, tocar indebidamente el cuerpo o genitales, abuso sexual, violación, etc.) (Cárdenas & Salinero, 2023b). Dichas violencias pueden causar sufrimiento inmediato o de largo plazo, afectar gravemente la confianza en el sistema de salud, llevando a evitar las consultas e incluso abandonar el sistema (Cárdenas y Salinero, 2023a).

Relevar el concepto de violencia ginecológica es importante porque desde una perspectiva de género e interseccional, los conceptos deben expresar la pluralidad de experiencia de las mujeres, lesbianas, personas trans, y otras disidencias. En este caso particular, por tener relación con un concepto que denuncia una práctica de violencia, deben permitir una comprensión amplia que aporte a las políticas públicas, así como la detección, denuncia y ejercicio de derechos.

Este estudio se enmarca en las críticas feministas a las ciencias (epistemología feminista), la medicina y en particular a la ginecología, como lugares clave de producción y reproducción del control de la vida mujeres, sus cuerpos y sexualidad (Harding, 1996; Hubbard, 1995; Pérez Sedeño y Ortega Arjonilla, 2014). Se inscribe en las investigaciones feministas que colocan en el centro las experiencias de las mujeres y su articulación con las instituciones sociales que las enmarcan (Madriz, 2001; Trebisacce, 2016). Desde allí que el

punto de arranque de esta investigación sean las experiencias localizadas de mujeres al interior de la consulta ginecológica en Chile en el marco del MMH y cómo estas experiencias se conectan con sus vivencias en otras esferas de la vida. Se trata de una perspectiva situada y que ve el conocimiento como una construcción social (Clarke, 2005; Rich, 1994) que debe contribuir a mejorar la vida de las personas que colaboran en él (Letherby, 2003) y en donde se desarrolla relaciones no explotadoras e igualitarias dentro de la investigación, valorando lo privado y personal como digno de estudio, considerando la reflexividad y la emoción como fuentes de conocimiento (Rich, 2019).

## Método

Desarrollé un estudio cualitativo en que los datos fueron producidos mediante un dispositivo conversacional: los grupos de discusión. En total produje cinco grupos de discusión entre octubre y diciembre del 2019 en las ciudades de Valparaíso, Santiago, Antofagasta y Puerto Natales. Elegí realizar grupos de discusión porque este dispositivo de producción de información permite colectivizar y politizar contenidos que hasta ahora se mantenían en el campo de lo privado. Estoy convencida, tal como señala Adrienne Rich que “el deseo de compartir una experiencia privada, y muchas veces dolorosa, puede capacitar a las mujeres para crear una descripción colectiva del mundo que será verdaderamente nuestro” (44 p. 60).

Los grupos de discusión son una herramienta metodológica que facilita formas de comunicación con y entre mujeres, permite reconocer la existencia de patrones comunes en la vida cotidiana y, sobre todo, puede contribuir a romper el silencio, legitimando colectivamente sus voces (Madriz, 2001; Trebisacce, 2016). Mediante el conocimiento de las vivencias comunes es posible hacer emerger una conciencia que impulse a construir y

levantar demandas sociales (Kamberelis y Dimitriadis, 2015) Y en este sentido aportar con una descripción colectiva y crítica de los servicios de ginecología en que nos atendemos.

## Aspectos éticos

Este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Valparaíso, Chile. Asimismo, en cada encuentro se siguió un protocolo en que expliqué a las colaboradoras los objetivos del estudio, les hice entrega de un consentimiento informado que leímos juntas y firmaron, dejándose una copia para ellas mismas. En dicho documento se ofrecieron condiciones de confidencialidad y anonimato, siguiendo los lineamientos éticos establecidos por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) de Chile.

## Recolección de información y sujetas colaboradoras

Las ciudades en que realicé los grupos de discusión fueron elegidas sobre la base de una combinación de criterios que me permitieran abarcar diversas realidades territoriales, de modo de poder tener información adicional sobre lo que ocurre en la capital de Chile respecto de las regiones en lo que refiere a la atención de salud ginecológica. Esto es muy importante en el contexto de un país centralizado donde, la mayoría de los servicios y la infraestructura se concentra en la capital.

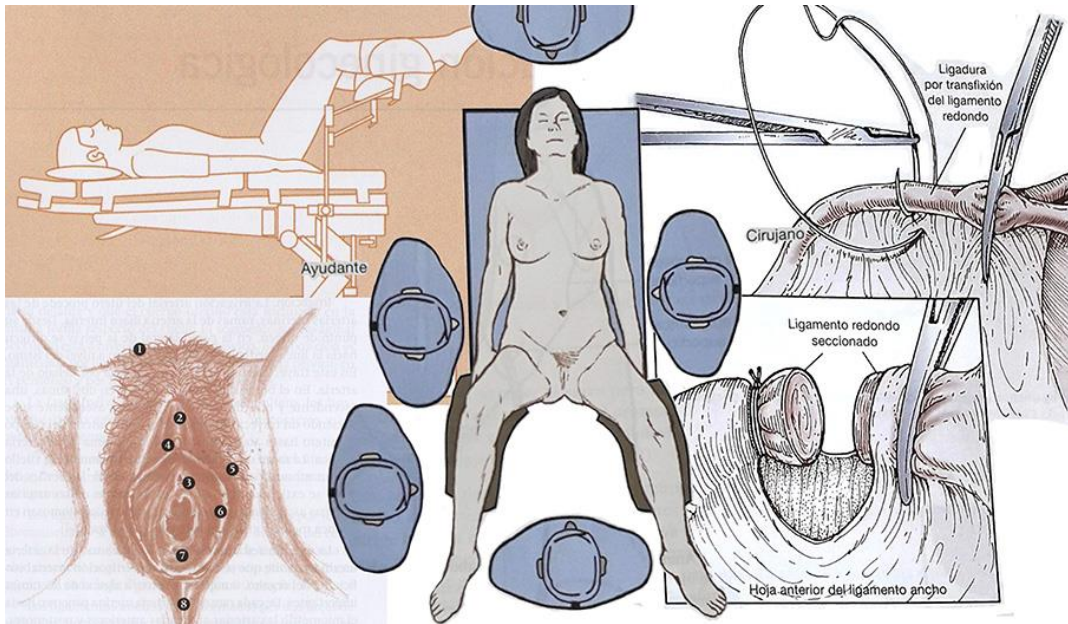
Al mismo tiempo opté por seleccionar ciudades en las que tuviese un contacto personal (asociada a mis redes de activismo feminista o informantes clave con quienes

mantenía relaciones de amistad) que me permitiese llevar a buen término el trabajo de campo (criterio de conveniencia), generando confianza y disponibilidad en las colaboradoras que participaron de los grupos. Este criterio no sólo responde a una necesidad metodológica, sino también con una razón ética, puesto que se trata de una investigación que indaga en aspectos muy sensibles de la vida de las mujeres, que competen a su intimidad y vulneración de derechos, experiencias vividas solitariamente en un contexto patriarcal y machista. En este sentido, decidí hacer un muestreo de tipo intencional por macrozona territorial del país: Norte (Región de Antofagasta), Centro (Región Metropolitana y Región de Valparaíso) y Austral (Región de Magallanes). Estas zonas fueron elegidas por representar tres macrozonas del país, que se caracterizan por diferentes contextos económicos, climáticos y geoterritoriales que impactan en la cultura y en la vida de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer. La zona central concentra la mayor población del país, posee un clima menos extremo, mayor oferta y accesibilidad de servicios de salud públicos y privados, mayores oportunidades laborales, de educación, etc. Santiago y Valparaíso concentran más de la mitad de la población nacional, mientras que las zonas de Antofagasta y Puerto Natales se consideran zonas extremas.

El sistema de salud en Chile es altamente segmentado y fragmentado (Castillo y Molina, 2019), lo que implica que el aseguramiento puede ser privado (Instituciones de Salud Previsional) o público (Fondo Nacional de Salud), siendo este último el que posee mayor número de personas afiliadas 70% (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011). En este sentido, el sistema de salud se convierte en un potencial predictor de clase social, ya que el acceso está mediado por el nivel de ingresos. Las regiones Metropolitana y de Antofagasta poseen el mayor número de personas afiliadas al sistema privado según datos

del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2020). La región de Antofagasta es una zona minera que concentra altos ingresos y una proporción mayor de trabajo formalizado. Valparaíso tiene el mayor porcentaje de personas afiliadas al sistema público de salud y se caracteriza por una mayor proporción de trabajo informal. Las ciudades de Santiago, Valparaíso y Antofagasta cuentan con mayor oferta de prestadores privados, con Hospitales y clínicas privadas, mientras que en la ciudad de Puerto Natales la alternativa solo es pública. El sistema privado tiene al menos cinco veces mayor disponibilidad de personal médico, por lo que permite tener una atención más pronto que en el sistema público (Gómez y Núñez, 2021). Todo lo anterior lleva a que muchas mujeres y personas asignadas mujer al nacer, así como parte de las colaboradoras de este estudio, opten por atenderse en la ciudad de Santiago o, en el caso de Puerto Natales, en la capital regional (Punta Arenas), si tienen los recursos económicos suficientes para ello. Cabe consignar que quienes se encuentran afiliados al sistema público (FONASA) puede hacer uso del sistema privado mediante un copago de la atención, salvo que se encuentren entre las categorías más bajas, en cuyo caso no pueden hacer uso de servicios privados.

Los criterios de inclusión para participar de los grupos fueron los siguientes: tener más de 18 años y haber asistido alguna vez a la consulta ginecológica en Chile (considerando también las atenciones obstétricas). La invitación fue a reflexionar y debatir, sobre los tratos que recibimos en las atenciones en los servicios de ginecología (públicos o privados) y las percepciones que tenemos de cómo nos ven las y los profesionales de dichos servicios. Para propiciar el dialogo, y siguiendo algunas de las recomendaciones de Barbour (2013), utilicé una imagen extraída de manuales de ginecología al uso en Chile.



Collage digital, creación propia, 2019.

Colaboraron un total de cuarenta y siete mujeres de las cuales cinco son migrantes de Latinoamérica (Argentina, Bolivia, Cuba y Perú) y dos extranjeras (una francesa y otra holandesa). Sus edades fluctúan entre los 22 y 73 años. La mayoría de las colaboradoras ha realizado estudios universitarios completos, cinco de ellas poseen estudios técnicos y solamente dos habían realizado otros estudios con posterioridad a los de secundaria. La mayoría es de nivel socioeconómico medio y medio bajo. Respecto a la orientación sexual, mayoritariamente fueron mujeres heterosexuales y sólo una de las colaboradoras se presenta a sí misma como lesbiana. La mayoría tiene por lo menos un hijo/a (13 de ellas lo tuvieron por cesárea), tres estaban gestando en el momento del grupo de discusión (todas de Puerto Natales) y once no han tenido hijos/as. La mayoría de las personas que colaboraron están afiliadas al sistema público de salud, salvo el grupo de Santiago que mayoritariamente poseía sistema privado.

En cada ciudad busqué un espacio que nos permitiese conversar lo más cómodamente posible compartiendo una merienda. Así, las reuniones tuvieron lugar en casas particulares, o en algún café (propiedad de una de las colaboradoras) dispuesto íntegramente para nuestra conversación. Cada encuentro duró aproximadamente dos horas.

Realice un análisis temático reflexivo (Braun & Clarke, 2021), que fue útil en mi trabajo por su énfasis en el sentido interpretativo del análisis, considerado como creativo y crítico. Proponen una inmersión profunda que permite identificar esquemas de significado, donde no “emergen” las categorías, sino que las construimos progresivamente, siendo coherente con mi posicionamiento crítico feminista. Seguí las fases recomendadas por las autoras para este análisis (familiarización, generación de códigos, generación de temas, desarrollo y revisión de temas, refinando y nombrando temas) cuestión que me permitió desarrollar un tema que da cuenta de las diversas dimensiones que convergen en la violencia ginecológica.

Los cinco grupos de discusión fueron transcritos por mí, permitiéndome la inmersión y lectura profunda de la información y comenzar una precodificación en la que la consulta como “escena” tomaba forma. Luego, en la etapa de codificación la información producida fue organizada en grupos que poseen un mismo significado. Un código es un segmento básico de información que se puede considerar como significativo en relación con los objetivos que me he planteado en este estudio. En el estudio generé diversos códigos referidos, por ejemplo, al espacio físico de la consulta, el instrumental médico, el carácter intrusivo de los procedimientos, las respuestas físicas frente a los procedimientos, entre otros. Este proceso sistemático de codificación me ha permitido desarrollar un tema

central y dos subtemas en los relatos de las participantes de los grupos, los cuales comentaré en lo que sigue.

## Resultados

Pensar la consulta como una escena donde hay roles definidos, en la que se despliega un escenario (camilla ginecológica e instrumental), me permitió ir desarrollando el tema que articula mi análisis. Mi tema principal es la “posición obligatoria”, ya que aparece de múltiples modos en los relatos de las participantes, y que alude a la posición física, pero también social que se vive en la consulta ginecológica y que me permite desplegar múltiples significados respecto a la violencia ginecológica. Este tema se conecta con dos subtemas, referidos al establecimiento de relaciones jerárquicas y el control a través del cuestionamiento de las decisiones autónomas respecto a la salud y sexualidad.

Desde ahora en adelante, cuando me refiera a las mujeres que colaboraron en los grupos de discusión las nombraré como “ellas” al ser sus voces las que están allí; mientras que cuando hablo de las mujeres como colectivo dentro de la sociedad, escribiré “nosotras”, al considerarme parte de ese grupo.

### Posición obligatoria

Un punto en común de todos los grupos de discusión fue el reconocimiento de la consulta ginecológica como una experiencia de vulnerabilidad, muy invasiva y violenta. También fue relatada como un momento de mucha tensión, donde hay que controlar la

ansiedad que se produce por el solo hecho de estar ahí en esa posición en la que nuestros genitales quedan completamente expuestos, sumada a la imposibilidad de ver y saber qué es lo que hacen con nuestros cuerpos (introducción de objetos, dedos). Inclusive la silla ginecológica fue comparada con un aparato de tortura en dos de los grupos (Santiago y Antofagasta). El espéculo fue aludido en reiteradas ocasiones, subrayando la sensación corporal de malestar que produce, dado lo intrusivo de su uso. A muchas de ellas, dicha incomodidad las ha llevado a evitar los controles, asistiendo únicamente cuando lo consideran inevitable u obligatorio (pe., durante la gestación).

“Esa camilla es de tortura, porque me carga estar en esa posición con las piernas abiertas, mostrando toda tu humanidad sin poder decir nada y sin ver lo que ella está viendo” (Mabel, Antofagasta, 64 años).

“Siempre he tenido mucho miedo de ir al ginecólogo. El hecho de abrirme de piernas y que me metan un espéculo [...] yo lo paso pésimo. Cada vez que he tenido que ir, es como obligada. O sea, si puedo no ir, no voy [...] Yo siempre le hice el quite al ginecólogo, siempre, ginecóloga o ginecólogo, porque me daba terror” (Elisa, Puerto Natales, 37 años).

“Y lo primero que en mi mente aparece, es que yo estaba mirando siempre al techo y como entregada no más. Y como dispuesta [...] y sientes ruidos metálicos, de pinzas y el temor [...] Yo nunca me he sentido relajada con esta cosa ginecológica, nunca” (María, Valparaíso, 62 años).

Como ya he expuesto, la experiencia de la consulta fue descrita como sumamente incómoda, de sometimiento, invasiva y en la que hay que hacer esfuerzos por

autocontrolarse y soportar los procedimientos, sin embargo, no siempre es posible lograr dicho autocontrol.

“Pasemos a la camilla. El tema con el cuerpo, así como frío, miedo. Me tomó el PAP [Papaniculau], que es un procedimiento molesto. Después pasamos de nuevo al escritorio y me dice: ‘Bueno, tú estás gorda, así como estás ahora’. Yo además tenía un tema en la cara, que me había salido unos granitos por una rosácea, no un acné, pero una mezcla de cosas... ‘Además tienes eso’, me dice. Me tomó la presión, ahí con las piernas doblabas me hace sentarme y me toma la presión. Y salió súper alta... ‘y además, estás hipertensa. No te voy a dar ningún anticonceptivo, o sea, tú vas a tener que ir al cardiólogo a hacerte un electrocardiograma, un holter de presión y a ver qué pasa’. Entonces, salí asustada, una se estresa (...) y pensé ¿cómo no voy a estar nerviosa si acabo de subir a una camilla que ya me genera un frío terrible?” (Bárbara, Antofagasta, 25 años).

Este relato está impregnado de crítica y violencia hacia su apariencia corporal. Se le critica estar gorda, tener granos y además la presión alta, sin considerar el estrés que la situación le puede generar. No se toma en cuenta el motivo de consulta y además se le niega la solicitud de anticonceptivo, demandándole una serie de exámenes. Todo desde una mirada normativa sobre lo que debe ser un cuerpo "femenino" de preferencia delgado, blanco y joven. La atención se centró en su aspecto patologizándolo (estás gorda e hipertensa) más allá de dar respuestas a sus inquietudes. Además, viajó desde Antofagasta a Santiago en el entendido de que en la capital del país hay más y mejores especialistas para darle respuesta a su problema. Organizó sus tiempos y juntó el dinero suficiente para hacer el viaje y poder atenderse en una clínica privada, teniendo como resultado la escena ya relatada. Finalmente, nos contó que no tenía hipertensión. Por supuesto que la crítica al cuerpo gordo será enmascarada mediante alusiones a la “preocupación por la salud”, pero

va directamente dirigida a la consideración estética, de carácter normativo, de esa persona y animada por los prejuicios sociales contra la gordura.

Una de las colaboradoras comentó que esta situación también se produce porque nos sometemos disciplinadamente a los controles posibilitando esta relación asimétrica que nos pone en un lugar específico.

“Entonces, nos abrimos de piernas, nos abrimos de piernas hartas veces... creo que están acostumbrados también a apoderarse. Hablo de mujeres y hombres, porque una ginecóloga te pone en la misma posición que un hombre y esa posición es terriblemente incómoda. Podría haber posiciones que fueran más amigables” (Claudia, Valparaíso, 58 años).

Resulta interesante reflexionar sobre las diferencias existentes entre la atención de una profesional mujer u hombre, ya que muchas relataron preferir atenderse con mujeres. Como sugiere el relato, tanto hombres como mujeres podrían estar actuando a partir del mismo patrón masculino de la medicina. También resulta enriquecedor cuestionar la propia actitud en la consulta, ya que lo que sucede allí posee un carácter relacional. Así, nos sometemos y “nos abrimos de piernas”, del mismo modo en que también están “acostumbrados a apoderarse” poniéndonos en la misma posición tanto hombres como mujeres. A pesar del malestar que supone dicha posición, esta se nos impone y asumimos el mandato de “cuidar nuestra salud”, de ser responsables, aún a sabiendas de que ello implica un trato degradante y tener que soportar malos tratos físicos o psicológicos.

**Estableciendo relaciones desde la jerarquía y superioridad**

Del mismo modo que la experiencia al interior de la consulta es significada como muy invasiva dada la posición que físicamente deben/debemos adoptar, las colaboradoras también la refieren en un segundo sentido, ahora referido a la relación de jerarquía que se establece entre quién consulta y la persona que atiende. Esta relación jerárquica se enuncia de varias formas (infantilización, invisibilización, desautorización, negativa a responder preguntas, etc.) y expresa la idea de que no estaríamos capacitadas para tomar decisiones ni para comprender qué nos sucede, instalándonos en una posición subordinada. Cada elemento de la consulta opera de modo de reforzar esta idea (separación física, actitud, disposición del mobiliario, etc.).

“Hay una superioridad al entrar en cualquier consulta. Primero te llaman mamita. No sé por qué. Quizás porque soy extranjera. Soy una mujer, no una mamita, una niñita o qué se yo ¿Me puedes llamar por mi nombre? No me trate así. Hay superioridad. Te miran así (con la nariz hacia arriba), Tú tienes preguntas y no, no te quieren contestar, no hay empatía” (Clara, Puerto Natales, 32 años).

“Cuando estaba embarazada le preguntaba ‘oye ¿por qué pasa esto? ¿Por qué esto otro?’ [...] ‘Es que no tienes por qué saber esto, tú no lo tienes que saber’. Y yo le digo, pero ¿cómo que yo no lo tengo que saber? yo lo quiero saber. ‘Es que no es necesario, porque yo soy el doctor y tú eres la paciente’. En medio del embarazo me cambié de ginecóloga porque no me generaba confianza y sentía que me subestimada” (Loreto, Santiago, 37 años).

“Hicimos un tratamiento de alta complejidad en Punta Arenas y en una de mis atenciones, el médico miró mi ficha y me dijo: ‘no te hemos operado’. Y yo [le dije]: ‘¿de qué?’ Y de repente, dejó de mirarme y miró a la matrona. El ginecólogo le hablaba a la matrona: ‘a esta chiquita deberíamos operarla’. Me ignoró completamente. ‘Pero disculpe’, le dije:

‘¿de qué me tienen que operar? [...] Dígame ¿de qué me tiene que operar? ¿Qué dice mi ficha?’, y él, me ignoraba, me ignoraba [...] Luego me pone el aparato para hacerme una eco transvaginal, y eso igual [...] porque ellos [ginecólogos] llegan te meten no más, es súper violento [...] ‘Estamos listos, vístase’. No me tienen que tratar de esta manera, porque yo necesito información” (Cecilia, Puerto Natales, 35 años).

Los relatos anteriores dan cuenta de esa forma de relacionamiento jerárquico que pretende negar e invalidar nuestros saberes utilizando para ello dispositivos que nos anulen como sujetos de saber legítimo e incluso como interlocutoras. Esto en la medida que se nos la instala en una posición degradada que nos reduce y esencializa (se nos convierte en una “mamita” en su ser genérico y homogéneo). El llamado a la persona es a ponerse en su lugar en la jerarquía. Ya no es necesario saber si eres la paciente, se nos ubica en un lugar de “no saber”. El profesional de salud invisibiliza completamente a la persona que tiene en la consulta, la llama “esta chiquita” y no contesta sus preguntas. No logra verlas, y si lo hace es para situarla en “el lugar que le corresponde”. Se realizan procedimientos sin solicitar consentimiento ni ofrecer explicaciones sobre su pertinencia. Luego se la despacha sin más y con la angustia generada por el tipo de comentarios realizados. La violencia del trato mecánico va construyendo esa relación en la cual nuestra individualidad es anulada. Nuestro cuerpo es transformado en un terreno (vulva, vagina, útero, mamas) donde sólo un grupo especializado tiene acceso y puede acceder al “privilegio” de comprenderlo. Los relatos corresponden a experiencias vividas tanto en el servicio público como en el privado. En el segundo relato la colaborada que se atiende de forma privada indica que decide cambiarse de ginecóloga porque la subestimaba. Esta cuestión no siempre es posible, ya sea porque como en los otros relatos te atiendes en sistema público, o porque quien te atiende es de los pocos profesionales que realizan el tratamiento en el lugar donde vives. Cecilia, de

quien es el último relato, nos compartió que decidió solicitar una hora médica de forma particular para que el ginecólogo le dijera de qué la tenían que operar, es decir, esperar a que el médico tenga una hora disponible, pagar su consulta privada, viajar desde Puerto Natales a Punta Arenas (que queda a 4 horas de distancia) y luego de todo ese periplo que puede significar largo tiempo, obtener la atención que antes le fue negada. En su consulta privada el médico tiene otra actitud hacia la usuaria.

## Control a través del cuestionamiento de las decisiones autónomas respecto a la salud y sexualidad

Conectado con el tema anterior es la dificultad e incluso imposibilidad de tomar decisiones autónomas e informadas, reflexión que aparece constantemente en los grupos y que fue vivamente debatida. Esta cuestión está directamente relacionada con la apropiación de nuestros cuerpos y procesos reproductivos por parte del personal de salud y manifiesta un ejercicio de poder institucionalizados sobre las mujeres en tanto categoría social. Ataño a la dificultad de decidir respecto a nuestra salud sexual y reproductiva pero también a la forma del parto, a la realización o no de una ecografía transvaginal, a la esterilización o al método anticonceptivo que deseamos utilizar. Estas son cuestiones que aparecen constantemente en los relatos de las colaboradoras. La mayoría de las acciones o procedimientos aparecen como una decisión ya tomada por el/la ginecóloga o matrona y basada en una visión sobre nosotras como ignorantes y en el convencimiento que es lo mejor para nosotras mismas. El caso de la ligadura de trompas resultó paradigmático y fue

nombrado en reiteradas ocasiones. Se nos intenta disuadir infatigablemente de no ligarnos las trompas, ya sea porque somos muy jóvenes o porque no hemos tenidos aun hijas o hijos.

“...tú dices súper bien, ellos deciden sobre lo que tú decides y es muy acotadito. Desde las hormonas que tú puedes tomar en las etapas de tu vida, pero ellos te dicen si tomar esto o no. Pueden existir otras alternativas, pero no te las presentan (como que cuando me ofrezcan pastillas anticonceptivas también me ofrezcan la posibilidad de abortar en algún momento de mi vida). Pero eso no te lo ofrecen, y como tú dices [dirigiéndose a otra colaboradora] es muy sesgado” (Catalina, Santiago, 38 años).

“...todo el tiempo están tratando de controlar tu cuerpo, de decidir por ti. Yo me acuerdo que después de mi primer hijo me quería ligar las trompas. No quería tener más y nadie, ningún ginecólogo, ni la ginecóloga que yo veía hace años quiso hacerlo. ‘Tú no puedes decidir eso porque eres muy joven’. A lo mejor tenía razón en ese minuto, porque obviamente después quise tener otro hijo, pero ¿por qué en ese minuto ella cree que va a ser más competente que yo para decidir? Y me dijo ‘no vas a encontrar ningún médico que lo haga’ (Sabrina, Santiago, 45 años).

Esa sentencia expresa el poder médico y la apropiación de nuestros cuerpos por parte de la ginecología. Existen cuestiones que escapan totalmente de nuestra voluntad y deseos, dejan suspendida nuestra autonomía y vulneran constantemente nuestros derechos sexuales y reproductivos en la consulta. En este último relato, además del cuestionamiento frente a la decisión de esterilizarse, la violencia se manifiesta en la negación rotunda de dicha voluntad. Esta negativa fue argumentada por las y los profesionales como una postura gremial “no vas a encontrar a ningún médico que lo haga”. El mandato de género opera cuando se pronuncia esa frase. Al tratarse de mujeres en edad reproductiva, consideradas sanas, se impone la fertilidad, indiferentemente de si se atienden en sistema público o

privado de salud, se instará a la reproducción. El relato corresponde a una persona que se atiende en el sistema privado de salud.

La apropiación también se manifestó en la imposibilidad de ser acogidas en la consulta cuando se acude con una inquietud producto de algún malestar o problema ginecológico. En algunos casos ellas sabían que el diagnóstico no era apropiado, pero su opinión fue invalidada, en otras situaciones fueron atacadas o ridiculizadas.

“Te da temor comunicarte con la persona [médico], porque como dicen, es él quien lo sabe todo. A veces te ridiculizan cuando uno da, no un diagnóstico, pero a lo mejor- ‘yo estaba pensando que quizás’- y ellos –‘no, estás totalmente equivocada, no’” (Kathy, Valparaíso, 32 años).

“Cuando estaba en la universidad, iba al servicio público [de salud] y no me llegaba la regla. Entonces, fui para que me atendieran y la primera pregunta era ¿estás embarazada? No, no es posible que yo esté embarazada. No me ha llegado, cambié de método anticonceptivo [...] ‘No, es que tú estás embarazada’ (insistían). No, no estoy embarazada. ‘Estás embarazada, te voy a hacer una intravaginal’. No, no estoy embarazada ¿cómo me van a hacer una intravaginal? ‘Te la vamos a tener que hacer’. Y tú pierdes el voto. Pierdes tu postura. Me la tuve que hacer. Obviamente no estaba embarazada. Pero esa sensación de que no crean en ti es súper invasiva” (Bárbara, Antofagasta, 25 años).

“Llevo como 10 años tomando anticonceptivos. Ahora he vuelto a tener los mismos síntomas que tenía y que me llevaron a tomarlos: dolores excesivos que me dejaba botada en la cama. Una vez me diagnosticaron endometriosis. Después me dijeron que no. Luego me dijeron quistes en los ovarios, después que no. Fui a una ginecóloga y me dijo ‘lo que vamos a hacer es cortar las pastillas placebo y empezar a tomar inmediatamente una nueva

caja, así tú no vas a tener tu regla y vas a evitar los síntomas del mismo periodo menstrual'. Yo le pregunté, 'pero doctora eso a mí me suena como algo antinatural'. 'A ver ¿qué natural tienes en tu cuerpo ahora? nada de lo que tienes es natural, si las hormonas son todas artificiales'. Y yo me quedé como pasmada. Yo pregunto porque quiero saber, pregunto porque no sé y pregunto porque quiero saber qué otra opción tengo, porque no me parece hacer eso (Clementina, Puerto Natales, 28 años).

En estos relatos la relación de jerarquía impidió un intercambio de información respetuoso y empático. Como ellas dicen, quieren saber porque son sus cuerpos y sus vidas las que están en medio de su cita ginecológica. En respuesta al cuestionamiento sobre el tratamiento ofrecido lo que primero aparece es la amenaza, el recurso al temor, y posteriormente los regaños. Parece que no hay alternativas o las que se presentan son siempre negativas ("te va a doler", "quieres volver a sentir todo lo anterior" o "a ver ¿qué natural tienes en tu cuerpo ahora?"). En este caso la colaboradora contó que está comenzando a utilizar ginecología natural y a informarse más sobre su cuerpo. En la otra situación, en la cual se expresa otra dimensión del control, "perder el voto" significa perder el poder de decisión, pero además se da porque no "creen en ti" ya que al atenderse en sistema público surge la sospecha de que no es responsable y que está embarazada. El primer relato también corresponde a una colaboradora que se atiende en servicio público, donde es mucho más común que te ridiculicen, ya que muchas veces consideran que te hacen un favor al atenderte.

Esta asimetría de poder redundó en ocasiones en un tratamiento violento y grosero. Se sanciona la transgresión de las expectativas de rol de género, en particular en el ámbito

de la sexualidad, ya sea porque consideran que no estás en edad o porque tu orientación sexual es lesbodisidente.

“Yo soy súper anti médicos. Ginecólogo de hecho no he visitado mucho, porque lo encuentro súper violento. Fui a buscar métodos anticonceptivos, era muy chica y me trataron de puta: ‘Así, tan joven y quiere andar montada arriba del pico’...” (Paula, Puerto Natales, 29 años).

“Fue evidente cuando volví, y me dijo ‘¡ah! tú eres de esas chiquillas guácalas’ [...] Y luego me dice que para qué me iba [a revisar]... yo fui para que me diera una orden de PAP [Papanicolau] específicamente. Me dice que no me la va a dar porque no la necesito. Le dije (y yo con absoluto desconocimiento) qué podía hacer porque yo sabía que tenía que cuidarme. Yo pensaba que estaba haciéndolo bien (¡te deberías quedar feliz!), y él rechazando el examen sólo porque era lesbiana. [...] Entonces, él me decía ‘no sé en qué ayudarte ni qué puedo hacer por ti’” (Camila, Valparaíso, 30 años).

En ambos relatos el lenguaje soez utilizado por el personal (matrona o ginecólogo) presenta una visión cargada de prejuicio y discriminación respecto a las mujeres jóvenes y de condición socioeconómica baja que requieren métodos anticonceptivos que se entregan de forma gratuita en los servicios públicos (mostrando cuánto poder saben que poseen sobre nuestras vidas) como de las mujeres lesbianas que desean realizarse revisiones ginecológicas para cuidar su salud sexual, poniendo en evidencia la carga de la profunda heteronormatividad de la consulta ginecológica. Ambos relatos desde una perspectiva interseccional, señalan como las diversas categorías de opresión actúan simultáneamente produciendo una violencia que no se puede desprender de la condición de ser joven y de clase baja, o de ser mujer y practicar una sexualidad lesbiana. Por otra parte, da cuenta de la ignorancia que ciertos profesionales manifiestan sobre las lesbianas, dado que piensan que

no tienen que realizarse determinados exámenes (Papanicolau) o que no estarían en riesgo de contraer determinadas enfermedades. Las mujeres jóvenes heterosexuales, son castigadas por ejercer su sexualidad tempranamente. Este último fue un comentario reiterado dentro de los grupos de discusión referido principalmente a mujeres jóvenes durante su trabajo de parto en hospitales, pero también respecto de aquellas que quieren comenzar una actividad sexo afectiva sin orientarla hacia fines de reproducción.

## Discusión

La consulta ginecológica puede ser entendida como un espacio que nos sitúa en una posición particular, de subordinación, y de forma obligatoria. Pero también como un mandato que debemos cumplir obligatoriamente y lo asumimos así. Utilizo el término obligatorio en el sentido que le otorga Adrienne Rich (1996), como un mandato de género que es parte de las instituciones sociopolíticas que producen y reproducen las relaciones de dominación sobre las mujeres, como por ejemplo la maternidad obligatoria y por supuesto la heterosexualidad obligatoria. Precisamente la consulta ginecológica está diseñada desde la heteronormatividad y la reproducción, por lo tanto, quien no se ajuste será sancionada. Dicha posición es desplegada en distintas dimensiones, tanto físicas como socio-simbólicas. Serían el correlato de nuestro lugar subordinado en la sociedad y retraducidas al espacio concreto de la “visita” a la consulta médica, ya sea en el trato que se nos brinda como en el fuerte impacto emocional que tiene la camilla en donde se nos ausculta (Ehrenreich, 2018; Bates, Carroll & Potter, 2011).

Es muy importante considerar el significado concreto y simbólico que posee la camilla ginecológica para los exámenes de rutina. Centrarme en la posición física resulta fundamental para mi análisis, porque nos remite a una situación de sometimiento; no tenemos capacidad de ver qué nos están haciendo, ni de acción para controlarlo o impedirlo. En este sentido, implica aceptar la sumisión, comportarnos de modo obediente, aceptar órdenes y aguantar. Esto último se daría en todo tipo de atención médica, pero es particularmente intrusivo en la examinación ginecológica ya que implica desnudez, refiere a nuestra intimidad y sexualidad. Estamos inmóviles, “con la vista hacia el techo”, la mayor parte de las veces frente a un desconocido/a, arriba de un aparato que nos separa las piernas y que se focaliza en una parte del cuerpo, mientras nos introducen objetos en la zona genital. Esta escena fue relatada como vulnerabilizante en los grupos de discusión. Resultados de otros estudios indican que en un enorme porcentaje de atenciones ginecológicas (9,1%) se nos solicita desnudarnos sin que aquello esté vinculado al motivo de consulta (Colectiva contra la violencia ginecológica y obstétrica, 2020), también son frecuentes los comentarios sexualizados sobre nuestros cuerpos o genitales, e incluso el abuso sexual (Ehrenreich, 2018; Cárdenas y Salinero, 2023a). Es decir, esta posición vulnerable permite que en la práctica los abusos muchas veces se hagan posible.

La posición física que exige la examinación ginecológica ha sido poco cuestionada tanto por parte de quienes asistimos a dichas atenciones como dentro del propio ámbito ginecológico. Resulta extraño que habiendo estudios desde hace más de 30 años apuntando a mejorar la experiencia del examen precisamente por considerarse que provoca estrés, ansiedad, sensación de pérdida de control, vergüenza y miedo al dolor, no haya habido modificaciones respecto de dicha posición, la que ciertamente es cómoda únicamente para

él o la profesional. Es más, muchas de las propuestas de mejora de la experiencia, incluyen participación de quienes asisten. La educación ginecológica (Latta & Wiesmeier, 1982), consiste en explicar cada parte del procedimiento y función antes de su realización (utilizando muchas veces un espejo para auto reconocimiento del cuerpo); la auto inserción del espéculo, cuyo objetivo es disminuir la ansiedad, fortalecer la comodidad y satisfacción del procedimiento y animar la autotoma de muestra de células cervicales para el examen del Papanicolau (Wright, Fenwick, Stephenson & Monterosso, 2005). También se han explorado cambios a la posición de litotomía en la camilla, permitiendo una posición semisentada, facilitando el contacto visual entre profesional y paciente, y sin el uso de las tradicionales perneras (Hamilton, et al., 2009; Seehusen, et al. 2006; Seymore, et al., 1986)

La mayoría de las iniciativas pretenden acercar a las jóvenes a la consulta y bajar la ansiedad de quienes ya se han atendido. Sin embargo, pese a tener auspiciosos resultados, no han dejado de ser situaciones puntuales sin cambios en la enseñanza ni en las prácticas habituales. Por ejemplo, en Chile se realizó una exitosa prueba de auto toma para muestras de exámenes de ITS para incentivar el cribado en la población joven, ya que evitan asistir por el miedo e incomodidad que provoca (Conejero, et al., 2013), pero no ha sido implementada. A pesar de ser importantes cambios para disminuir el estrés, no apuntan a lo central, ya que la posición en la camilla ginecológica sigue siendo la misma propicia para hacernos sentir anuladas (Swahnberg, et al., 2007), despojándonos del control de nuestros cuerpos y de la posibilidad de incidir en la situación. Esta podría ser otra prueba más de los sesgos de género en salud (Valls-Llobet, 2009), ya que es una postura que favorece a la persona que examina. Yacer de espaldas con las piernas abiertas, sin ropa interior exponiendo nuestros genitales, no es una posición particularmente cómoda en nuestra

cultura, es más, pone en circulación una serie de significaciones sexualizadas y de sometimiento sobre nuestros cuerpos (Gómez Castro, 2016). Es en este sentido que se puede entender la expresión de una colaboradora referida a que están “acostumbrados a apoderarse”, ya que las y los profesionales sin distinción pueden ejercer violencia (Pozzio, 2014). Marbella Camacaro ha dicho que los tactos son un evento significativo para establecer la interacción de las mujeres con la autoridad médica (Camacaro, 2009). Si bien ella se refiere a los tactos durante el parto, esto es algo que también se puede indicar para la revisión de rutina ginecológica, pues la posición física es la misma y persigue también marcar las jerarquías y el lugar en el orden social.

Esto que describo se debe al largo trabajo ideológico que ha desarrollado la ginecología y el MMH (Ehrenreich y English, 2010). Han sido siglos de campaña para desplazar los saberes tradicionales y un llamado sistemático, que se ha intensificado durante las últimas décadas del siglo pasado y que se prolonga hasta ahora para que acudamos a los servicios de ginecología desde los medios de comunicación (“Hazte el examen” por la mamografía, por ejemplo, pero también para el Papanicolau y cada vez más para nuevos exámenes). Se nos ha enseñado que acudir a la consulta ginecológica es cuidarnos y cuidar nuestra salud y que nuestra salud es ésta, la relativa a nuestros genitales y sistema reproductor (Esteban, 1996; Valls-Llobet, 2017; Zárate, 2001). Se trataría de un trabajo ideológico, dado que lo que se esconde es un patrón desigual de relaciones, una asimetría de poder que favorece sistemáticamente a un grupo en detrimento de las mujeres que se reproduce en el ámbito de la salud. Lo anterior se relaciona con la propuesta de Castro (2014) sobre el habitus médico autoritario, el cual es siempre entendido como una relación, en este caso ya sea entre profesionales y estudiantes, o profesionales y usuarias,

donde las jerarquías tienen un rol fundamental y son marcadas constantemente. Así la posición obligatoria, a través del habitus médico autoritario, dejará a cada cual en su lugar dentro de la jerarquía. Castro plantea que este habitus se produce en la formación en las escuelas de medicina, como en las residencias y en la especialización.

Volviendo a la frase que indiqué más arriba, referida a que están acostumbrados a apoderarse, la colaboradora también mencionó que nosotras aceptamos esa apropiación cuestionando el rol pasivo que mantenemos en la consulta y que permite que el modelo de atención se perpetúe y con ello las desigualdades de poder ya comentadas. En este sentido la posición obligatoria también se alinea a la propuesta de Gabriela Arguedas de poder obstétrico cuyo objetivo sería “disciplinar los cuerpos de las mujeres, para reforzar el mandato social inscrito en la categoría sexo/género y para perpetuar las relaciones de poder que subordinan a las mujeres y naturalizan el deber de obediencia y de docilidad” (2014, p.166) ¿Qué hacemos para enfrentarnos a ello? Como dice Valls-Llobet, dejar de obedecer, dejar el miedo a un lado y rebelarse (2009) es una condición necesaria hoy para dejar de vivir violencia ginecológica.

Como plantearon quienes colaboraron en los grupos de discusión la capacidad de agencia se ve muy limitada. Encuentra su realización en pequeñas acciones donde se cuestiona la falta de información, cambiarse de profesional o preferir atenderse con profesionales mujeres. También al momento de optar por otras formas de atención que revalorizan los cuidados entre mujeres y el compartir experiencias, o en la decisión de dejar de utilizar determinados tratamientos (por ejemplo, hormonales) largos y costosos, que además no han dado resultados satisfactorios, manteniéndose el problema de base. Esas posibilidades se dan cuando los recursos económicos lo permiten, hay disponibilidad de

otra atención donde se vive y/o es posible desplazarse a otras ciudades, con el gasto y planificación que requiere. Algunas colaboradoras de Valparaíso y Puerto Natales expresaron que una forma de ejercer nuestra agencia y terminar con la dependencia es abandonando la consulta y acercándose a la ginecología natural.

En contra del desconocimiento de nuestros cuerpos que se propicia en la consulta ginecológica desde hace cinco décadas muchos grupos feministas en salud nos han animado a mirarnos con un espejo la vulva y vagina, incluso a utilizar un espéculo y conocer las paredes de la vagina y el cuello del útero (Hester, 2018; The Boston Women's Health Collective, 2006; Pérez San Martín, 2015). Se trata de un proceso de exploración y conocimiento, pero también de recuperación de saberes expropiados por el MMH. Con todo, las y los profesionales ridiculizan la ginecología natural (o cuestionan el parto en casa), en donde se rescatan saberes ancestrales utilizados para hacernos cargo de la salud de nuestros cuerpos, por ejemplo, mediante el uso de hierbas para tratar infecciones, hongos, etc. (Pérez San Martín, 2015). Hubo quienes mencionaron que se les cuestionó el uso de la copa menstrual, sin embargo, éste fue mencionado con mucho entusiasmo, al permitir reconectar con sus cuerpos. Todos estos cuestionamientos se harían desde “retóricas del cuidado” o desde una pretendida “cientificidad” que no hacen sino infundir temor y reforzar la idea de que sólo la ciencia médica es la respuesta a los problemas de salud de las mujeres. Todo por nuestro propio bien.

Resulta relevante considerar el diseño del instrumental médico, en particular el del espéculo, aparato comúnmente referido por las colaboradoras como incómodo. Éste es parte del historial de torturas y violencia contra las mujeres en que se ha erigido la ginecología. El espéculo moderno fue creado por el médico estadounidense J. Marions Sims

durante el siglo XIX cuando estaba experimentando en los cuerpos de mujeres esclavizadas, a las que operó en innumerables ocasiones sin anestesia para “curar” fistulas vaginales, haciéndolas padecer terribles dolores, obligadas (Hester, 2018; Pérez San Martín, 2015). Llama la atención su permanencia en el tiempo dado su origen racista y misógino, dado los avances en ciencia y tecnología. Resulta extraño que a estas alturas no se trabaje con materiales que resulten más amigables para el cuerpo, con diseños pensados en las usuarias y no sólo en la comodidad del equipo médico. Sin embargo, pude encontrar dos iniciativas de mujeres para mejorar el diseño del espéculo utilizando materiales más confortables. NINFEM de la diseñadora Adriana Rosales Dávila fue creado por su propia experiencia insatisfactoria como usuaria de servicios de ginecología (La silla rota, 2021) y Yona Care (<https://yonacare.com/>) en Estados Unidos, también motivadas en lograr un diseño más confortable.

En esta misma línea, se preguntaron por qué es tan incómoda la posición física en la camilla, por qué no han creado algo que no exprese tan firmemente la subordinación en el acto de dejarnos inmovilizadas, con las piernas abiertas, completamente expuestas. Dentro del mismo gremio ginecológico internacional atribuyen a dicho examen la categoría de uno de los exámenes más estresantes y que mayor ansiedad provoca, siendo al mismo tiempo uno de los más realizados (O’Laughlin, et al., 2021). Recientemente se ha comenzado a revisar y cuestionar su recurrencia y la efectividad de algunos de sus componentes, como el examen bimanual (The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG, 2018) y la realización de rutina anual para personas asintomáticas, que no están gestando, sin historial de riesgo, planteando que la decisión debe ser compartida entre la paciente y él o la profesional (ACOG, 2018). Esta exploración no es necesaria para prescripción de

anticonceptivos o para detectar enfermedades de transmisión sexual, dado que para ello existen otros tipos de exámenes más efectivos y menos invasivos.

Barbara Ehrenreich (2018) mostró preocupación de que se haya tomado poco en cuenta la incomodidad del examen de rutina, así como las molestias que genera en las mujeres en EEUU, que coincide con lo que manifestaron las colaboradoras en Chile sobre la necesidad de hacer esfuerzos para controlarse y aguantar. Ehrenreich afirma que para algunas mujeres es una experiencia en la que deben intentar bloquear su cuerpo, separarse de él para soportar y que incluso hay quienes afirman tomar medicamentos para relajarse, en lo que nombra como una experiencia “extra corporal”. Plantea que lo que sucede en los exámenes de rutina, con su periodicidad anual, es un ritual en donde actualiza o se pone en escena la dominación de género y racial, en lo que piensa colinda con un asalto sexual. Se trata de un ejercicio muy explícito de poder y de sometimiento que se exige a quienes asisten a la consulta desde el momento en que se les solicita adoptar una posición física concreta en la camilla. Queda muy graficado en las frases de órdenes “a la camilla” o cuando comparten que no se les pregunta ni pide consentimiento y se les hace un examen tan intrusivo como la ecografía transvaginal. Aquí es sintomática (o expresiva) la idea de que causa terror asistir a la consulta, ya que no podemos sino estar ahí, despersonalizadas, mirando al techo.

También el dolor en la examinación es algo de lo cual no se habla sobre ¿por qué el examen tiene que conllevar dolor? Aunque nos pidan que nos “relajemos” muchas veces no es fácil. Lo anterior ha sido cuestionado en el parto, quizás porque tiene la ventaja de ser un modo de agenciamiento que responde a los roles de género tradicionales exigidos a las mujeres en tanto procreadoras. Ciertamente hay una relación entre la subjetividad maternal

(Rich, 2019), los roles de género y la idea de que hay que soportar el dolor, sobre todo por los hijos e hijas.

Una vez en esta posición obligatoria no resulta casual que el consentimiento informado sea un tema que no se mencione en la consulta. Una práctica común ante un procedimiento suele ser introducir un objeto (especulo, etc.) o los dedos. No hay un diálogo donde se plantee, no sólo en qué consiste el examen, sino lo que significa para nuestra salud. Por otra parte, esta visión de una posición obligatoria es coincidente con la visión única e ideal del cuerpo de la mujer, su función, su destino (Scully & Bart, 1973). Propicia que cuando las personas que acuden no corresponden con la normatividad del género sean cuestionadas, no atendidas y en muchas ocasiones sancionadas (Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, 2019).

Desde una perspectiva interseccional la posición obligatoria se manifestará y será percibida con mayor intensidad en las personas racializadas, de la disidencia sexual, de condición socioeconómica baja, jóvenes o de mayor edad, porque su violencia actúa simultáneamente sobre las desigualdades estructurales. Como expusieron las colaboradoras, por ejemplo, ser lesbiana llevará implícita una violencia por desacatar la heteronormatividad excluyéndola de ese espacio de salud, castigándola al mismo tiempo (Brown, et al., 2014). El sólo hecho de tener que develar la orientación sexual en la consulta se constituye como un estresor adicional en nuestra sociedad. En este caso la expresión de asco del ginecólogo al decir “eres de esas chiquillas guácalas” demuestra reprobación y sanción a la vez. Así la consulta ginecológica se convierte en un espacio más donde experimentan violencia llevándolas muchas veces a deambular por diversas consultas o simplemente dejar de asistir (Cárdenas y Salinero, 2023a), ya que, además, para

las mujeres lesbianas la examinación ginecológica, que implica muchas veces estar desnudas frente a un profesional varón, le agrega una dimensión de amenaza de agresión sexual en su imaginario social (Cárdenas y Salinero, 2023a) pues existen las agresiones y violaciones correctivas para las personas lesbianas. Al mismo tiempo, no hay preocupación por las necesidades específicas de cuidado de las mujeres lesbianas invisibilizándolas (Brown, et al., 2014; Vergara, 2013). Asimismo, en nuestro sistema de salud, se asume que al atenderse en el sistema público el trato no será el mejor y como sucedió en los relatos puede ocurrir con mayor probabilidad que nuestras preguntas sean ignoradas completamente, ridiculizadas, o no crean en nuestra palabra, cuya consecuencia es la imposición de tratamientos o exámenes (muchos de ellos invasivos), como en el relato de la colaboradora de Antofagasta que fue obligada a hacerse una ecografía transvaginal para descartar embarazo, incluso declarando enfáticamente que esto no era posible. Como expresó “perdió su voto”, es decir, perdió su poder de decisión por los prejuicios de la matrona por su clase social y edad. También cuando quien asiste no cumple con los estereotipos de cómo debe ser un cuerpo femenino, quienes les atendían (matronas/es, ginecólogos/as) se enfocaban en su peso, en criticarlas, hacer comentarios que las hacían sentir mal y las ridiculizaban, muchas veces con la aprobación cómplice de quienes allí estaban presentes.

Otra manifestación de esta posición obligatoria es la manera en cómo se dirigen hacia nosotras. Predomina la forma impersonal y a la vez paternalista. Si has consultado y eres madre te dicen “mamita” (principalmente en el sistema público, pero no exclusivamente) de manera condescendiente y despectiva, o que nos sitúa –de entrada- en posición de inferioridad. Así se reafirma una jerarquía de poder y la asimetría en las

posiciones al interior de la consulta. En las condiciones actuales es muy difícil tener una relación de igualdad y salir de la posición obligatoria. Todo trabaja para que sea un campo más de la reproducción. Al mismo tiempo, la forma actual de denuncia en Chile nos revictimiza y desincentiva al obligarnos a acudir a poner un reclamo en el mismo centro en que fuimos violentadas. Con todo, planteo que la consulta es un recordatorio, tanto por su posición física como por la manera de que se nos trata y los niveles de violencia que conlleva, de nuestro lugar subordinado en el orden social.

En Chile hasta hace poco tiempo existía una legislación completamente castigadora de las mujeres respecto a su reproducción que prohibía el aborto en todas sus formas. Desde 2017 está en vigencia una ley de interrupción voluntaria del embarazo, conocida como ley de las tres causales (inviabilidad fetal, riesgo de la vida de la madre y violación) la cual ha sido obstaculizada en su cumplimiento por las y los profesionales de la salud (Mesa Acción por el Aborto en Chile, 2021) al declararse un gran número objetores de conciencia (individuales e institucionales). Así como se dificulta la esterilización voluntaria (Santana-Nazarit, y Peña Sánchez, 2019), se obstaculiza el acceso al aborto en tres causales, anteponiéndose las creencias de las y los profesionales a nuestros derechos, cuestión que también deja en evidencia la educación conservadora al interior de las escuelas de medicina. Nuevamente es ese poder, donde se apropian de nuestro cuerpo el que decide por nosotras.

La posición obligatoria dentro de la consulta ginecológica es reflejo de la relación jerárquica que expresa que hay una persona que tiene el conocimiento y que niega a otra el propio, incluso la posibilidad de manifestarlo. Una persona que sabe y otra que obedece y acepta, una que define los contornos de una relación desigual, que define de qué se habla,

qué es lícito o no preguntar o responder, así como cuál es la posición que adoptas. Observé esta situación que fue muy debatida y paradigmática en los grupos, un reclamo de la apropiación de nuestros cuerpos y el conocimiento sobre ellos y a través de ellos en lo que se ha denominado la expropiación de la salud (Illich, 2015). A pesar de ello todavía falta cuestionamiento a nivel social sobre la posición física de la consulta ginecológica como ha sido ya instalada la crítica a nivel social para el parto y la violencia que se produce en su atención, porque de hecho “podrían haber posiciones más amigables”, instrumental más amigable y personal menos hostil.

## Conclusiones

Las experiencias de las mujeres que colaboraron en los distintos grupos de discusión que realicé, dejan en evidencia que existe una tensión y gran malestar en las formas en que se desarrolla la atención ginecológica. Exposición, vulnerabilidad, temor, retos y amenazas, imposibilidad de tomar decisiones autónomas e informadas, son parte del común de dichas experiencias. La idea de la posición obligatoria que he planteado en este artículo pretende ser un aporte en la comprensión de la violencia ginecológica como parte de continuo de violencia que vivimos las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer. La posición obligatoria, la configuro como una “idea imagen” evocadora de nuestra experiencia. En este sentido esa posición obligatoria nos sitúa en un lugar preestablecido dentro del orden de género patriarcal, en el cual nuestras voces no son escuchadas, las decisiones se toman por nosotras y donde debemos permanecer obedientes y sometidas. La posición física favorece la asimetría de poder y nos deja en un lugar de mucha tensión y exposición, que se focaliza en nuestros genitales, aludiendo así mismo a una posición socio-simbólica de sumisión y subordinación, que incluye la violencia sexual. Finalmente, dicha posición obligatoria

refuerza uno de los rasgos distintivos del MMH: la expropiación y subalternización de nuestros saberes, que sitúan a la o el profesional como dueño del conocimiento.



Sin título, collage análogo, 2021.

## Capítulo 4

### **“Acallar las voces del cuerpo”: patologización, medicalización y emociones encarnadas en experiencias de violencia ginecológica y obstétrica en Chile<sup>4</sup>**

#### Desde una imagen hacia los imaginarios sociales

El interés por estudiar los imaginarios sobre las mujeres y sus cuerpos en ginecología y obstetricia surgió al ver la portada de un libro de Obstetricia titulado “Embarazo, parto y puerperio” (Lattus, Mosella y Mizraji, 2012). En ese momento pude ver condensado en la imagen escogida como portada del libro, el imaginario médico sobre la necesidad de intervención y vigilancia de nuestros cuerpos y procesos fisiológicos, desplegado en este caso específico sobre la atención del parto. En la portada operaba un desplazamiento del título “Embarazo, parto y puerperio” desde quienes viven esos procesos (gestantes) hacia quienes atienden dichos procesos, para con ello situarles como protagonistas y resaltar un enfoque centrado en la intervención. El primer plano muestra tres manos con guantes quirúrgicos que sostienen un cordón umbilical para cortarlo, mientras al fondo se observan unas sábanas del mismo tono verde de las batas. El instrumental representado por las tijeras y la ropa quirúrgica, el círculo que destaca el procedimiento del corte, son todos significantes que giran en torno a la labor médica y con

---

<sup>4</sup> Este artículo se publicó como: Salinero Rates, Stella. (2023) “Acallar las voces del cuerpo”: patologización, medicalización y emociones encarnadas en experiencias de violencia ginecológica y obstétrica en Chile. Palimpsesto, 13, 23, 85-105.

ello anuncian que la publicación pone el acento en las intervenciones y el lugar de las y los profesionales que atienden el parto entendido como “procedimiento médico”. Del cuerpo gestante solo nos queda un fragmento del cordón umbilical. Tanto el cuerpo gestante como el cuerpo de quien ha nacido desaparecen de la imagen, es invisibilizado y cosificado, dada la nula relevancia atribuida a ese cuerpo en la escena. La imagen me pareció una declaración poderosa y contundente de cómo es comprendido el parto y de cómo se enseña, ya que aquel libro es un texto de estudio. Como dice su reseña en la página web de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile:

Los estudiantes encontrarán materiales de clases y seminarios (...) como información general y elemental, lo que les permitirá llegar al internado de medicina con una actitud dinámica y así aprovechar al máximo su tiempo disponible para practicar la gineco obstetricia básica (<https://uchile.cl/m131815>).

La inquietud reflexiva que generó en mí esta portada me llevó a plantearme una serie de preguntas: ¿es posible establecer alguna relación entre los imaginarios sociales que sobre las mujeres ha puesto en circulación la ginecología y las prácticas de violencia que se producen y reproducen en las consultas ginecológicas? ¿A través de qué mecanismos dichos imaginarios podría guiar dichas prácticas y actitudes hacia nosotras? Y finalmente ¿de qué forma podrían intervenir o bien modelar la relación médico-paciente en el campo de la ginecología? Para indagar en las posibles respuestas a estas preguntas consulté a distintos grupos de mujeres, en diversos lugares de Chile, para conocer cómo ellas perciben y dan sentido tanto a los imaginarios, como a los tratos recibidos en sus atenciones ginecológicas y obstétricas. De ello resultaron cinco grupos de discusión, en que

participaron un total de 47 colaboradoras, y que fueron realizados durante el año 2019 en las ciudades de Antofagasta, Valparaíso, Santiago y Puerto Natales.

## Sobre el concepto de imaginarios sociales

Los imaginarios sociales son un concepto que ha sido trabajado ampliamente desde mediados del siglo XX, principalmente en el ámbito de las humanidades y las ciencias sociales tanto en Europa como en Latinoamérica. Diversas definiciones coinciden en que la imaginación es una facultad social, colectiva, que atañe al campo de la creación social histórica y que posee una enorme potencia de creación de significados (Arruda, 2020; Baczko, 1999; Castoriadis, 2010; Maffesoli, 2003). Una de las funciones principales del imaginario social es crear y reforzar los vínculos sociales, por medio de ideas colectivas, representaciones, mitos, ideas imágenes, emociones comunes, como asimismo regular la vida social y ejercer control sobre la misma (Baczko, 1999; Baeza, 2007).

Cornelius Castoriadis (2010) se refiere a los imaginarios sociales como un magma de significaciones que dan vida a la sociedad, la articulan y constituyen. Este magma de significaciones en constante creación se desplegaría socio históricamente en dos formas: como imaginario social instituyente (o radical) y como imaginario social instituido (Castoriadis, 2010). El primero alude a lo que el autor llama campo de creación social histórica, y cuya facultad es crear significaciones e instituciones. El imaginario social instituyente posibilitaría la transformación social, encarnaría la potencia del cambio, la invención de lo nuevo. El imaginario social instituido, sería aquel que ya está asentado, lo heredado, y que por tanto reproduce las instituciones, tradiciones, costumbres y normas sociales. Estas dos formas estarían actuando constantemente y nos entrega como ejemplo paradigmático el lenguaje (una creación colectiva anónima) como aquello instituido que

está por sus propias características abierto a la creación incesante de lo nuevo, a lo instituyente, sin dejar de seguir siendo inteligible.

En este sentido, los imaginarios sociales son parte de la identidad colectiva de un pueblo o grupo humano, que al representarse a sí mismo “marca la distribución de los papeles y posiciones sociales, expresa e impone ciertas creencias comunes” (Baczko, 1999, p.28). Éstos permitirían delimitar quiénes son parte de la comunidad o grupo en tanto definen valores y ofrece divisiones tales como las de amigo/enemigo, rivales/aliados, operando en y por el simbolismo. La adhesión a dichos imaginarios sociales guía las conductas y prácticas de las y los individuos. Allí radicaría su eficacia y poder. Bronislaw Baczko enfatiza la relación entre los imaginarios sociales y el poder, en tanto todo poder se legitima y asegura su dominio a través de los imaginarios sociales que crea para sí (representaciones, emblemas, símbolos, etc.), para lo cual también renueva o reutiliza partes de otros imaginarios sociales de modo de establecer una imagen que destaque su grandeza (ejemplo de ello sería la disputa por la herencia griega entre diversas naciones europeas o, en Chile, la alusión en los trajes militares a las vestimentas prusianas). Baczko destaca el papel de la propaganda en el establecimiento de los estados totalitarios y señala a los medios de comunicación de masas como funcionales a estos, en la medida que potencian sus posibilidades de circulación. En cualquier caso, los imaginarios sociales pueden también constituir horizontes de esperanza colectiva y en este lugar sitúa, por ejemplo, el desarrollo histórico del imaginario utópico. En este sentido, los imaginarios sociales son el lugar del conflicto social y además parte de lo que está en juego en dichos conflictos (Baczko, 1999).

Por todo lo anterior, considero pertinente estudiar la violencia producida hacia las mujeres y personas asignadas al nacer como mujeres en ginecología y obstetricia, desde la óptica de los imaginarios sociales, porque al constituir y articular las diferentes instituciones de la sociedad orientarían las prácticas de los grupos, reforzando creencias arraigadas sobre ellas o, lo cual sería esperanzador, desafiándolas. La ginecología como disciplina prescribiría ciertas nociones y prácticas a las y los profesionales sobre las mujeres y sus cuerpos, así como sobre cómo interactuar con ellas.

Los imaginarios sociales sobre las mujeres y los imaginarios sociales ginecológicos son creaciones histórico-sociales que se relacionan e influyen mutuamente. Es por ello que muchas de las ideas de la ciencia sobre las mujeres, su conducta, modo de concebir su sexualidad, habilidades físicas e intelectuales se basan en lo que han llamado sesgos de género (Gérvás y Pérez-Fernández, 2016; Hubbard, 1995; Valls-Llobet, Dauder y Pérez Sedeño). Además de los sesgos de género también es posible percatarse de los sesgos racistas. Estas ideas prevalecen en las sociedades incluso cuando ha sido demostrada su falta de fundamento o más bien su fundamento racista y sexista e interactúan con el imaginario sobre la ciencia como neutra y objetiva. La epistemología feminista ha subrayado que las convenciones sociales y las relaciones de poder permean la ciencia, poniendo en cuestión la objetividad como núcleo de la racionalidad occidental y del pensamiento científico (Hubbard, 1995; Harding, 2021).

## Imaginarios sociales producidos por la ginecología en torno a las mujeres y sus cuerpos

La historiadora Claudia Araya Ibacache (2006) plantea que la ginecología durante el siglo XIX construyó una imagen patológica “del sexo femenino”, convirtiendo a las mujeres en enfermas y cristalizando una visión que vinculaba el útero con la psiquis. Ésta no era nueva, sino que más bien fue robustecida y legitimada por el conocimiento científico decimonónico. La autora revisa cómo se implementó en Chile la ciencia médica a partir de los modelos alemán y francés, fuertemente influidos por el positivismo, en el entendido de que los padecimientos estarían marcados por órganos, en este caso, útero, ovarios, clítoris. Así, al focalizarse en estos órganos considerados desde la diferencia sexual, la ginecología fue y es la disciplina médica que por excelencia se ocupa de la “otredad” de las mujeres (Strömquist, 2018).

Esta insistencia de la predisposición “patológica del sexo femenino” no fue sólo empeño de la disciplina ginecológica. Otras áreas de las ciencias también colaboraron firmemente, como por ejemplo la psiquiatría, jugando un gran papel en la constitución de dicha imagen (Huberman, 2007; Hustvedt, 2011). En este sentido, la psiquiatría utilizó a la fotografía con mucha destreza para “fijar” las ideas que se tenían sobre determinados grupos en sus cuerpos. Son célebres las fotografías de Charcot que dieron sustancia iconográfica al imaginario sobre las histéricas.

Todos estos imaginarios sociales construidos desde la ciencia negativos sobre las mujeres que se concentraban en demostrar su inferioridad, tanto física, psíquica e intelectual absorbieron creencias e ideas socioculturales fuertemente arraigadas (Dauder y

Pérez Sedeño, 2017) Como expresan García Dauder y Pérez Sedeño (2018), aunque muchas de estas ideas han sido duramente criticadas desde dentro de la práctica científica feminista, han tenido un impacto duradero y se han integrado en el imaginario social sobre las mujeres, sus cuerpos y sus conductas. Lo anterior, no se limitó a las mujeres blancas occidentales, sino que podríamos decir que constituyó un proyecto dentro de la ciencia moderna demostrar la superioridad del hombre occidental, blanco, heterosexual, sobre todos aquellos grupos a quienes dominaba y/o pretendía dominar (Hubbard, 1995; Quijano, 1992). La “experiencia del cuerpo ha sido históricamente muy diferente en función de qué sujetos han sido receptores de las prácticas médicas y tecnocientíficas” (Pérez Sedeño y Ortega Arjonilla, 2014, p.31).

Existe acuerdo entre las investigadoras feministas en que persiste una imagen patológica de los cuerpos de las mujeres en la ginecología, y que esta patologización se puede volver una excusa para intervenirlos. Esta visión negativa, reproduce y legitima la subordinación y opresión de las mujeres mediante el conocimiento autorizado de la ciencia, dando pie a la construcción de imaginarios sociales que tienen efectos concretos en las vidas de las personas que utilizan los servicios de ginecología. Para ello se ha dispuesto un dispositivo de patologización, que consiste en convertir un cuerpo sano y sus procesos, en uno potencialmente enfermo, autorizando con ello su medicalización, esto es, la excesiva intervención médica. En este sentido, se puede afirmar que todos los llamados procesos fisiológicos de las personas asignadas mujer, menstruación, gestación, parto nacimiento, menopausia, han sido tratados como riesgosos y medicalizados, teniendo como consecuencia inmediata la pérdida de autonomía y la producción potencial de daño físico y psíquico en quienes reciben esos “cuidados” (Ehrenreich y English, 2010; García, 2021;

Gérvas y Pérez-Fernández, 2016; Kitzinger, 2006; Salinero, 2021). Dichos procesos han dejado de ser vividos como partes de la vida para convertirse en eventos médicos necesitados de intervención (Illich, 2015).

Este imaginario social occidental ha sido peculiarmente insistente sobre la menstruación, produciendo una visión negativa y problemática de ésta (Tovar, 2006). El imaginario de la mujer como “venenosa”, es decir, susceptible de contaminar a través de sus fluidos menstruales, ha sido una constante desde los tratados de la Antigüedad Clásica hasta nuestros días, convirtiendo a la menstruación en un tabú (Fernández Tijero, Roca y Pérez Sedeño, 2016). Este imaginario social de la menstruación se reactualiza en diferentes síndromes y trastornos (ej. trastorno disfórico premenstrual). La menopausia también se ha comenzado a mirar como una enfermedad (Valls-Llobet, 2009) al estar el cuerpo “carente de” (en este caso hormonas), instando a las mujeres que puedan costearlas a utilizar terapias hormonales sustitutivas, las que ha estado en la mira por sus efectos secundarios no advertidos por las farmacéuticas y estrecha relación con cáncer de mama (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2019; Lorde, 2019).

El imaginario social puesto en movimiento por la ginecología ha contribuido a la cada vez más creciente medicalización de la vida (Illich, 2015) y ha producido una forma de violencia específica basada en sesgos de género, donde también se cruzan el racismo y la discriminación de clase, llamada violencia ginecológica y obstétrica (VGO). La VGO ha sido definida como todas aquellas prácticas realizadas por integrantes del equipo de salud (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es, etc.) que pueden implicar una atención o tratamiento deshumanizado, el uso de procedimientos innecesarios o abuso de medicación, la transformación de procesos fisiológicos en patológicos, la denegación de información o

tratamiento, cuestiones todas ellas que pueden derivar en la pérdida de autonomía de las mujeres y/o capacidad de tomar decisiones libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad (Almonte, 2016; Arguedas, 2014; Belli, 2013; Bellón, 2015). Dicha violencia podría originarse en este imaginario social patológico de los cuerpos de las mujeres, el cual sigue operando y ha conllevado a una creciente medicalización y control, nunca visto, del cuerpo y procesos fisiológicos de éstas (Esteban, 1996; Kaiser & Kaiser, 1974).

Emily Martin (1991) se refiere a este proceso como la utilización de nuevas metáforas en la ciencia, las que reactivan viejos prejuicios en investigaciones al no lograr (o no querer) desprenderse de las imágenes negativas sobre las mujeres y sus cuerpos. Es así como la histeria ha sido revisitada y reforzada de modo que la locura e inestabilidad mental se asocien con la fisiología, logrando psicologizar el dolor de las mujeres (considerado como fantasías carentes de origen orgánico) y medicalizar sus padecimientos con psicofármacos (Clarke, 1983; Valls-Llobet, 2002; del Río, 2022). Esta cuestión ha sido particularmente dramática en relación con la endometriosis, enfermedad largamente desatendida, y en que se ha considerado a quienes la padecían como locas por parte del discurso médico (Young, Fisher, & Kirkman, 2019). Existe una evidente y constante intersección entre prejuicios de género, conocimiento y poder en ginecología. En definitiva, revisando los diversos imaginarios sociales en torno a las mujeres y sus cuerpos en ginecología, un aspecto se mantiene y es que el cuerpo femenino dado su carácter patológico es susceptible de reparación, es decir, de medicalización.

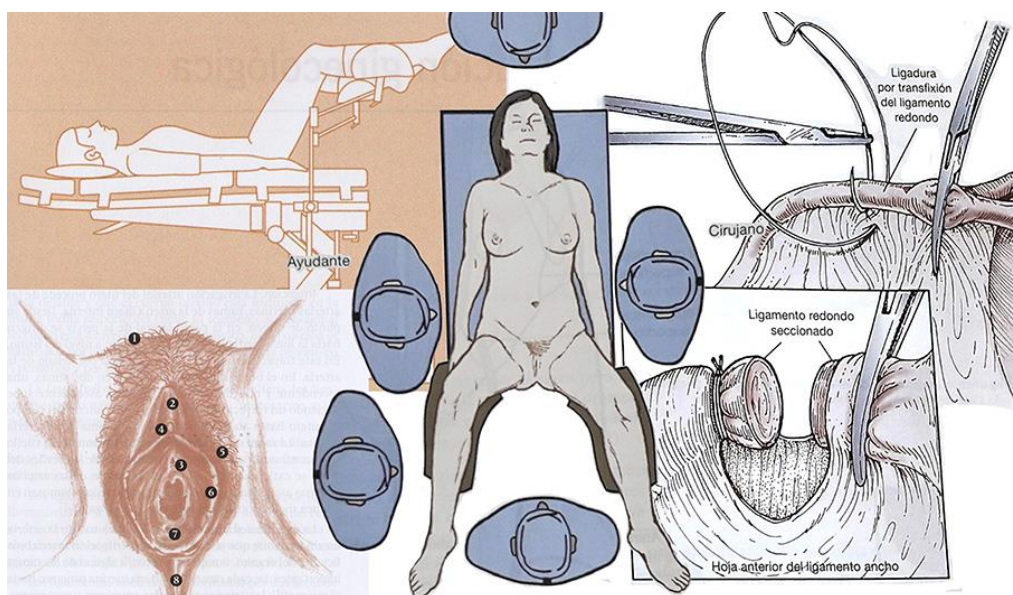
## Método

El material que analizaré en este artículo es parte de mi investigación doctoral, cuyo trabajo de campo se realizó durante el año 2019 en Chile. Éste consistió en cinco grupos de discusión en cuatro ciudades que se encuentran en las zonas norte, centro y austral del país (Antofagasta, Valparaíso, Santiago y Puerto Natales). Elegí realizar grupos de discusión porque este dispositivo conversacional (Barbour, 2013) de producción de información permite colectivizar y politizar contenidos que se mantienen en el campo de lo privado. Los grupos de discusión posibilitan formas de comunicación con y entre mujeres. Me interesan porque pueden contribuir a romper el silencio sobre una problemática naturalizada, en este caso la violencia ginecológica y obstétrica, legitimando colectivamente las voces de quienes han vivido esas experiencias solitariamente (Madriz, 2001; Trebisacce, 2016). El reconocimiento de vivencias comunes podría ayudar a emerger una conciencia que promueva levantar demandas sociales (Kamberelis y Dimitriadis, 2015; Lorde, 1984), y en este sentido aportar con una descripción colectiva y crítica de los servicios de ginecología en que nos atendemos. Un aspecto que llama mucho mi atención fue la acogida entusiasta y el agradecimiento por parte de las colaboradoras sobre mi propuesta, comentando que hacen falta más instancias como ésta, lo que me convence de pertinencia de esta herramienta metodológica para abordar la violencia ginecológica y obstétrica.

## Procedimiento y material

Como parte de la metodología del estudio contemplé mostrar en cada sesión un collage creado por mí misma a partir de diferentes imágenes que se encuentran en un

conjunto de manuales de ginecología y obstetricia al uso en Chile. Incluir el collage tuvo como propósito incentivar y/o facilitar el habla en un tema que toca su intimidad y posibles situaciones de violencia. En este sentido la imagen es concebida como un material de estímulo (Banks, 2010; Barbour, 2013). En este collage agrupé cuatro imágenes que previamente escaneé y recorté, escogiendo dibujos y representaciones del cuerpo. En el centro del collage situé la imagen de una mujer desnuda en un quirófano a la que rodean cinco personajes con indumentaria quirúrgica para pabellón, que pertenece a la sección de cirugía ginecológica. Hacia la derecha hay un detalle de un procedimiento de ligadura de trompas (ligadura por transfixión del ligamento redondo) y hacia abajo otro detalle de ligamento redondo seccionado. Estas tres imágenes pertenecen al Manual de Ginecología de Berek y Novak (2019). Hacia el lado superior izquierdo hay una imagen que muestra a una “mujer” en una silla ginecológica que es parte del Manual de Ginecología y Obstetricia de Pérez Sánchez (2014). Hacia el lado inferior izquierda otra imagen tomada del mismo manual enseña los genitales externos femeninos.



Collage digital, creación propia, 2019.

Les expliqué a las colaboradoras de cada grupo que les iba a mostrar una imagen creada a partir de materiales que provenían de manuales de ginecología y obstetricia, y les pedí que me comentaran lo que veían, qué les evocaba, y que se refirieran a ella de la forma más amplia y libre posible. En este sentido intenté generar una reflexión sobre cómo nos ven mirando un conjunto de representaciones que de nuestros cuerpos circulan en sus manuales que son parte de la formación en la disciplina, para reflexionar desde allí sobre sus experiencias encarnadas. Las imágenes producidas para los manuales están ligadas al texto, pero no se encuentran necesariamente supeditadas a él. Estas representaciones visuales al ser un trabajo de elaboración, interpretación y abstracción del cuerpo y de los órganos sexuales de las mujeres, indican lo que se debe ver y cómo se debe ver (Banks, 2010; Fajula, 2012). En este sentido me permití aglutinar una serie de imágenes en una sola página para subrayar esta idea.

## Participantes

Los criterios de inclusión de la muestra fueron los siguientes: tener más de 18 años, haber asistido alguna vez a la consulta ginecológica u obstétrica en Chile, y residir habitualmente en la ciudad en que se realizaba el grupo. La participación era voluntaria y se incluyeron mujeres de distintos rangos etarios, diferentes niveles de estudios y diversas orientaciones sexuales. Realicé una invitación amplia a quien quisiera colaborar, compartiendo una convocatoria a diversas organizaciones feministas de cada ciudad en las que estuve como asimismo utilizando mis contactos personales. Participaron cuarenta y

siete mujeres, seis de las cuales son migrantes tanto de Latinoamérica como de Europa. Sus edades fluctúan entre los 22 y 73 años. La mayoría ha realizado estudios universitarios completos, cinco estudios técnicos y solamente dos habían realizado otros estudios con posterioridad a los de secundaria. Respecto a la orientación sexual, la mayoría es heterosexual, y sólo una de las colaboradoras se presenta a sí misma como lesbiana. La mayoría tiene por lo menos una hija/o (13 de ellas lo tuvieron por cesárea), tres estaban gestando en el momento del grupo de discusión (todas de Puerto Natales) y once no han tenido hijas/os.

## Análisis de la información

Para el análisis de la información generada por los grupos de discusión, decidí realizar un análisis temático reflexivo a partir de la propuesta de análisis cualitativo de las investigadoras Braun y Clarke (2006; 2021). Me interesa esta propuesta porque pone el acento en el carácter interpretativo del análisis y cómo este va guiando la construcción de códigos hasta llegar a los temas centrales. Proponen una inmersión profunda que posibilita identificar esquemas de significado, para construir progresivamente los temas, siendo coherente con mi posicionamiento crítico feminista. Seguí las fases recomendadas por las autoras para este análisis (familiarización, generación de códigos, generación de temas, desarrollo y revisión de temas, refinando y nombrando temas) lo que me permitió desarrollar un tema que da cuenta de las diversas dimensiones que convergen en la violencia ginecológica y su relación con los imaginarios sociales que sobre nuestros cuerpos construyen desde dicha disciplina y qué sentidos le atribuyen las mujeres que participaron en el estudio. Así comencé a generar códigos respecto a la imagen y el cuerpo

representado que se interceptan con la vivencia corporal en la consulta; un cuerpo reproductivo, un cuerpo-cosa, objetualización, despersonalización. Desde allí la vinculación que otorgué con el imaginario fue a partir de la relación que se repetía de patologización/medicalización. Los cinco grupos de discusión fueron transcritos por mí, permitiéndome la inmersión y lectura profunda de la información y comenzar una precodificación. Este aspecto me parece relevante ya que suele tercerizarse y con ello se pierde parte de la familiarización de la que hablan las autoras.

## Aspectos éticos

Este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Valparaíso, Chile. En cada encuentro expliqué a las colaboradoras los objetivos del estudio, les hice entrega de un consentimiento informado que leímos juntas, dejándose una copia para ellas mismas. En todo momento se siguieron los lineamientos éticos recomendados por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID).

## Resultados

El análisis temático de la información me permitió construir tres temas que da cuenta de las posibles relaciones entre los tratos recibidos en la consulta (las prácticas) y los imaginarios que emanan de la disciplina, y de cómo estos son percibidos y vivenciados por quienes colaboraron en los grupos de discusión. El primer tema corresponde a cómo nos

ven en tanto cuerpos físicos sexo/generizados, referido al cuerpo material que se ausculta en la consulta, tema que denominé experiencias de fragmentación del cuerpo. El segundo tema lo denominé operaciones de control: patologización y medicalización, consiste en la dinámica de control de nuestros cuerpos a partir de la creciente medicalización que nos vuelve dependientes y nos oprime través de la patologización de los procesos y su posterior medicalización. Junto con estos dos temas incluyo un tercero que he definido como emociones encarnadas y memoria corporal. Si bien, no estaba entre mis objetivos y preguntas iniciales el considerar las emociones, éstas aparecieron con mucha fuerza en los grupos de discusión, por lo que tuve que hacerme cargo de este contenido recurrente y que además corresponde en su expresión al ámbito del cuerpo.

En adelante, cuando me refiera a las mujeres que colaboraron en los grupos de discusión las nombraré como “ellas” al ser sus voces las que están allí, mientras que, cuando hablo de las mujeres como colectivo dentro de la sociedad, escribiré “nosotras” al considerarme parte de ese grupo.

## Experiencias de fragmentación y objetivación del cuerpo

La mirada ginecológica nos constituye en la consulta como un cuerpo sexo/generizado, lo que tiene unas características bien definidas. Fragmentado y homogéneo, objetualizado y con una función específica: la reproducción. La fragmentación alude al cuerpo visto por trozos, dividido en segmentos tanto internos como externos:

Es simplemente una cosa, porque te fragmenta totalmente. Cuando te vas a hacer la mamografía te toman la pechuga como que fuera cualquier cosa (Rocío, 45 años, Santiago)

La experiencia de fragmentación del cuerpo se vivencia con mucha fuerza durante los diversos exámenes (mamografía, ecografía transvaginal, PAP y uso intrusivo del espéculo), así como por la posición en la camilla ginecológica. Esta posición que expresan vivir con mucha tensión y ansiedad, refuerza la fragmentación por el hecho de exponer los genitales a la mirada de otros/as en una posición donde no hay control del cuerpo propio. Muchas veces, esta exposición se da como parte de la espera para la realización de un procedimiento ante la mirada de múltiples personas, lo cual puede ser una experiencia muy estresante, humillante e incluso traumatizante para una persona, más aún si es joven.

Me operaron por exceso de piel en un labio y chica, estoy hablando que tenía 13 años. Me pusieron en esta cama donde te abren las piernas, pasaban los médicos, las enfermeras y yo así abierta de piernas estuve media hora antes de la operación, la gente mirando. Yo adolescente, imagínate el trauma (Pía, 26 años, Puerto Natales).

La objetivación corresponde a la concentración en una zona corporal específica, sus órganos y las funciones que se les atribuye a ellos, y desde allí se posibilita su intervención. Abundan las menciones a ser vista como un órgano, una cosa, algo, un recipiente.

No se relacionan conmigo se relacionan con mi vagina (Ana, 58 años, Valparaíso).

Ven el útero, la vagina, no ven la persona. En partes. Ponen la sábana y listo, la otra parte. Esta cara, tu nombre no me importa (Lila, 32 años, inmigrante francesa, Puerto Natales).

La función reconocida u otorgada por la disciplina ginecológica, y a través de la cual interviene nuestros cuerpos, es la de la reproducción.

Yo creo que nos interpretan casi como un recipiente, tiene que parir en algún momento, va a ser mamá, le va a nacer el instinto (Paula, 29 años, Puerto Natales).

Un cuerpo dividido. Somos solamente la parte reproductiva cuando estamos con un obstetra o ginecólogo. Ellos ven es (Nora, 73 años, Santiago).

Por otra parte, cuando la función reproductiva ya se ha “cumplido”, no sería necesario conservar uno de los órganos que la posibilitan ya que podría “estorbar”. Esta crudeza de la ginecología con nuestros cuerpos también se refleja en el modo en que la colaboradora describe la escena.

Me encontró un mioma, me metió un tubo para dentro, me revisó y me dijo al tiro que me tenía que sacar todo. - ¿Quiere más hijos? - No, tengo dos-. Ya tiene dos, para qué quiere más ¡para qué quiere eso si le estorba! (...) así y yo ah (Luz, 58 años, Valparaíso).

El imaginario de la ginecología que fragmenta y objetualiza el cuerpo de las mujeres para su intervención, conlleva la despersonalización y homogeneización, dada la imposibilidad de mirar a la persona como un ser completo, con nombres, emociones y pensamiento autónomo.

Yo creo que igual nos ven como una cosa, o sea, como otra cosa más, la 4, la 5, la 6, después la 25, después la... (Aurora, 37 años, Puerto Natales).

Al ser todas vistas homogéneamente como “cosas iguales”, la diversidad podría volverse problemática, reflexionan:

Y todas son diferentes y ¿si este loco (sic) ha estudiado solo con esa [imagen] y tu paciente es distinta? chita ¡qué hago con esto! (Rita, 27 años, Puerto Natales).

Esta visión refuerza la idea de que no es necesario ser sujeto en la consulta, sino más bien objeto pasivo de intervención.

## Operaciones de control: patologización y medicalización

La patologización y medicalización constituyen una constante en la relación histórica que ha establecido la ginecología con los cuerpos de las mujeres. La patologización se encuentra arraigada en la idea del cuerpo femenino como intrínsecamente defectuoso al ser distinto al masculino, cuerpo que es la norma y base de la medicina.

La mujer siempre fue el otro que era diferente al hombre, entonces no era perfecto. (...)

Imagínate la mujer menstruaba, los hombres no menstrúan. Todo eso hizo que la mujer fuera un ser arrinconado como el otro por la cultura machista (Nora, 73 años, Santiago).

Dicha imperfección se vislumbra en el imaginario y en el uso de las palabras para referirnos a nuestros procesos fisiológicos de forma patologizada, lo que trae consecuencias en la autopercepción de nuestros cuerpos que muchas están intentando modificar.

Es el imaginario que se impone, porque está construido hace tanto tiempo que nosotras no nos damos cuenta. Eso de estar enferma, yo hasta el día de hoy digo que estoy enferma. [Ahora] digo estoy menstruando, estoy tratando de cambiar un poco el concepto (Laura, 47 años, Santiago).

Este mismo imaginario impone formas negativas de comportamiento que serían “propios” de dichos procesos, los que muchas veces son asumidos sin cuestionamiento. Una de las colaboradoras reflexiona:

Yo me pongo insoportable o yo me pongo sensible. Eso es peor (...) cuando las mismas mujeres van asumiendo estas consecuencias naturales o aparentemente naturales del cuerpo (Sonia, 48, Santiago).

La patologización es un mecanismo de control que sostiene la relación de poder sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas a través de la medicalización. Las cesáreas se han transformado en cirugías de rutina en Chile (y el mundo), considerada una nueva forma de parto que revela el grado de medicalización de dicho proceso. Muchas de las colaboradoras de los diversos grupos contaron sus cesáreas, algunas programadas, otras de emergencia e incluso obligatorias. En la experiencia de una de las colaboradoras de Puerto Natales su cuerpo fue visto como imposibilitado de parir por vía vaginal. El equipo tratante pensaba que su bebe sería muy grande debido a la talla de su pareja (varón). Así fue como se dictaminó que su parto sería por cesárea “obligatoria”, siendo estigmatizada por las matronas como “la mamá que no puede tener la guagua por parto normal”.

Reclamé hasta el directorio, me fue pésimo igual. Mi cesárea estaba programada para el lunes, rompí bolsa la madrugada del domingo. Cuando llegué a internarme se pasó la bola entre las matronas, me decían: tú eres la mamá que no puede tener la guagua por normal” y yo: “sí, yo soy”. Después, pasaba la matrona del otro turno y “tú eres la mamá (...) lo siento, igual eres la única que reclama por tenerlo normal”. Y yo así: “ah, ok”. Eso ya fue feo. Nació la guagua, que es un bello momento, la alegría de conocernos y que te digan: “la guagua era para normal” (...) que te metan que no puedes, que no puedes y que no puedes. Te ahogas en un vaso de agua porque finalmente yo estaba así, lloraba, lloraba, mis últimos dos días [de gestación] en vez de estar feliz... (Emma, 35 años, Puerto Natales)

Un aspecto de la patologización que ha tomado especial relevancia en los últimos años es el prejuicio sobre los cuerpos que no cumplen las normas estéticas consideradas propias de lo femenino. En este caso la gordura, junto a otros supuestos factores de riesgo, se transforma en un problema que impediría gestar.

Me decía: ‘mira como tú eres gorda, te va a costar primero estar embarazada; ovarios poliquísticos te va a costar embarazar’ (...) y yo: bueno, así como ya, bueno será (Rita, Puerto Natales, 27 años).

A otra de las colaboradoras le dijeron que por ser delgada le costaría menos gestar:

Como tú eres flaca, no te va a costar nada, tranqui si fueras gorda, si fueras como tal, tal, tal... (Sara, 29 años, Puerto Natales).

Muchas de las mujeres que colaboraron en los grupos de discusión, están conscientes del proceso de patologización y medicalización que se vive dentro tanto de las consultas ginecológicas como de los centros de asistencia del parto. Es por ello que buscan estrategias para “huir” y protegerse de ellas. Comparte una colaboradora:

Yo quería tenerla en mi casa. Me puse a averiguar para tenerla con alguna Doula, pero no encontré. Así que empecé a ir a una clínica para tener un respaldo por si necesitaba asistencia médica. Y el día del parto estuve casi 24 horas con contracciones (...). Ya no me podía aguantar más el dolor, ahí recién me fui a la clínica, pasaron 20 minutos, tuve a mi guagua y ya me quería puro ir. Lo que yo no quería era que llegara allá y me empezaran a urgir: que, si la guagua no nacía nunca, que me pusieran oxitocina, que me pusieran la epidural, por urgimiento del médico que tenía que llegar a cierta hora o terminar a cierta hora, o de la matrona, que según ella mi cuerpo no estaba funcionando como ella quería. Yo no quería eso. No, yo me arranqué, me arranqué, me arranqué. Tuve mi guagua ahí, me la pasaron y yo apenas pude me fui. (Tania, 37 años, Antofagasta)

Una vez se ha convertido un proceso, como la menstruación o la menopausia, en una patología, en un conjunto de síntomas (cambios de humor, bochornos, sequedad vaginal, entre otros) que constituyen un síndrome, se instala en su lugar el miedo a padecer

el cuerpo y a través de ello la medicalización de dicho proceso. Muchas colaboradoras plantearon la necesidad de buscar alternativas y no reproducir la lógica del miedo de la que también es parte la patologización/medicalización de nuestros cuerpos, pero también otras compartieron que pensaban que debían tomar algo, en particular en relación con la menopausia.

Es una cosa normal tener un hijo, que te llegue la menopausia, que te quieras tratar, que tengas problemas menstruales, qué se yo, pero son cosas naturales... ‘no, es que tienes ovarios poliquísticos y tienes que tomar sí o sí pastillas’. No hay otra forma de tratarte la regla en distintos momentos, te llegue más, te llegue menos. Siento que al final es infundirte el miedo para tratar, casi como negocio, el cuerpo de la mujer, un objeto, como decía, un número. (Paula, 29 años, Puerto Natales).

Yo tomaba estas famosas píldoras para acallar mi cuerpo, para dejarlo callado, porque ¿cómo iba a trabajar a los 49 o 50 años y que todo el mundo se enterara de que yo estaba con la menopausia si era súper joven y me veía joven? Y esa cuestión del mandato de la eterna juventud, que tiene que ver con el estado del cuerpo, la estética del cuerpo y toda esa huevía (sic) (Mabel, Antofagasta, 64 años).

Con respecto al tema de la menopausia, yo estaba convencida de que cuando no me llegara la regla tenía que empezar a tomar pastillas” (Luz, 58 años, Valparaíso)

En el caso particular de la menopausia, al ser vista como una carencia de producción de hormonas, viene aparejada con la devaluación de las mujeres al envejecer. Así la medicalización de la menopausia también tiene como justificación el mantenimiento de un aspecto joven, que es parte de los mandatos de la feminidad.

Le pregunté a propósito de la menopausia ‘bueno, no, mira eso lo vamos a ver después en otra sesión completa porque, una cosa así, porque claro, tú, tú te ves bien joven, entonces eres una candidata’... (Sonia, 48 años, Santiago).

El ginecólogo que la atendió se refería a que ella era candidata a seguir la terapia de reemplazo hormonal porque se veía joven y así podría mantenerse por un tiempo más “viéndose joven”. El profesional definía la terapia proyectando un mandato social de la feminidad sobre su consultante. Otra colaboradora contó que cuando acudió a la consulta ginecológica le anunciaron el comienzo del climaterio como una mala noticia, ofreciéndole una imagen que redundaba en la ruina, donde destacaron la concepción negativa que tienen de esta etapa como disciplina. Sin embargo, es muy importante señalar que para esta colaboradora la menopausia tiene un sentido positivo, incluso liberador, por lo que no se dejó avasallar.

El discurso que te dan cuando te dicen-no, usted ya entró al climaterio. (...) -y yo contenta porque no voy a menstruar (risas) todo así, entiendes. Pero cuando te lo dicen es como que te están dando una mala noticia y la verdad que estaba fascinada porque no voy a menstruar más... “ya no vas a tener la misma lubricación”-bueno me compraré vaselina- (risas) mientras el tipo hablaba y la tipa hablaba yo iba dando opciones. (Julia, 57 años, Puerto Natales).

Parte de la reflexión sobre los efectos que tiene la dinámica de patologización/medicalización es que hace que experimenten sus cuerpos de forma traumática, ajenas a ellos. La ginecología tiene un ideal normativo que ninguna persona encarna a cabalidad. Estas reflexiones se dieron al compartir experiencias de exámenes violentos, donde se cuestionó una y otra vez el saber sobre el cuerpo propio, llenos de

malos tratos, amenazas, críticas sobre la apariencia, cuyo resultado fue muchas veces terminar en la misma medicalización de la cual se quería escapar.

También es un mandato externo, tienes que menstruar, es una mezcla de cosas y aparte, tienes que adelgazar porque estás gorda y no te sirve ningún medicamento. Era una mezcla de cosas que te preguntas ¿qué es? ¿Tengo que cambiar mi cuerpo para ajustarme a esta medicina? Cuando debería ser una medicina que se adapte a mi cuerpo. Porque, así como yo, debe de haber miles de personas. (Nadia, 25 años, Antofagasta).

Yo siento que lo que hace la medicina con el cuerpo de la mujer, por suerte ahora ha sido menos, es hacernos ajenas del cuerpo y no relacionarnos con nuestro cuerpo. (Laura, 47 años, Santiago).

## Emociones encarnadas y memoria corporal

La presentación de la imagen collage posibilitó realizar un ejercicio reflexivo conjunto al ver cómo nos miran y a partir de ello relacionar lo que sucede en nuestras atenciones. Expresaron que la imagen condensa los significados que están desplegados en los temas anteriormente presentados. Este ejercicio trajo consigo la apertura de las emociones, las que aquí denomino emociones encarnadas. Primero me centraré en ello para después relacionarlo con las situaciones vividas en lo que he llamado memoria corporal.

Varias colaboradoras no quisieron al principio ver la imagen, incluso se taparon los ojos exteriorizando su malestar; otras se acercaron poco a poco y comentaron entre ellas para luego compartir entre todas. Estas emociones encarnadas fueron nombradas como angustia, incomodidad, soledad, rechazo, impotencia, dolor, brutalidad e incluso horror y

estuvieron acompañadas de un lenguaje corporal de sufrimiento (encogerse, apretar las manos, cerrar los ojos, emitir sonidos). En sus propias palabras:

Me dolió la guata. (Mabel, 64 años, Antofagasta)

Dolor. (Violeta, 39 años, inmigrante peruana, Puerto Natales)

A mí inmediatamente me produjo angustia. (Flor, 45 años, Santiago)

Es peor cuando veo esa imagen o cuando tengo que ir al ginecólogo y me ponen el espéculo, es sufrir, y decirme todo el rato, relájate respira. (Rocío, 45 años, Santiago).

Es brutalidad para mí. Eso es lo que veo. (Sara, 29 años, inmigrante francesa, Puerto Natales).

Dolor de estómago, sentir frío, sufrir e intentar mantener el control remiten a situaciones de poco agrado y mucho estrés. La siguiente frase da cuenta del rechazo y el malestar emocional que puede llegar a generar la consulta ginecológica en personas que han padecido su violencia:

Palabras más que descripción, precisamente por el rechazo que me genera. Dolor, dolor recurrente. Sumisión absoluta y lucha interna atroz. (Iris, 29 años, Valparaíso).

Este primer momento de las emociones encarnadas frente a la imagen dio paso a la descripción de ésta y lo que podría expresar; la posición de los cuerpos, los colores, los rostros, el conocimiento o no de lo que se mostraba o los procedimientos que podrían estarse llevando a cabo. La estética de la imagen fue considerada fría, esquemática, los colores poco apropiados e incluso fue considerada fea. Dicha reflexión relacionó éstas con el modo de representar nuestros cuerpos y con la atención que recibimos, cómo este puede interpretarse, a qué responde. Impotencia por ser parte de la forma en que se enseña.

Imágenes hechas por hombres para hombres, enseñando desde y para la comodidad del o la profesional, una imagen fría para un trato frío en la consulta:

Yo tuve con las imágenes, como que fueran un manual para hombres. No lo hizo ninguna mujer porque es súper fría, es un maniquí, no es una persona viva, así con los ojos cerrados, gris y verde. Lo veo y no quisiera ser ella. Me da susto (...) o sea ¿quién diseñó esa forma de atención? (Tania, 37 años, Antofagasta).

Y estudian con eso [imagen] como la cercanía para tratar con una mujer, al final esa es la imagen. (Paz, 35 años, Puerto Natales).

Eso que se muestra en los libros se está haciendo simplemente para la comodidad del médico. Es que se está enseñando desde la comodidad del médico, no de la paciente. (Abril, 27 años, Puerto Natales).

Todas estas expresiones no solo refieren a la imagen en sí misma, sino a la situación que ésta evoca y de las que las colaboradoras han sido parte. Es por ello que muchas se proyectaron en la imagen collage. Principalmente mencionaron la posición de la camilla como incómoda, fría, que deja en posición vulnerable, situación en la que se puede llegar a perder la identidad. Planteo que son emociones encarnadas puesto que activan una memoria corporal ¿Cómo es posible que una atención médica que se considera de cuidado rutinario, como parte de la atención primaria de la salud de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer, cause tanto malestar y aversión? Un término reiterativo en las conversaciones fue el de vulnerabilidad, por el reconocimiento de la fragilidad que propicia estar ante una situación amenazante en la que se puede sufrir daño.

Cuando veo esta imagen me da frío, que es lo que me pasa cuando voy a las consultas generalmente, aunque haya una estufa, calefacción o te pasen algo para cubrirte. Incluso

aunque le pongan algo a la camilla, siempre hay un frío, que no sé... Lo relaciono con la vulnerabilidad... (Clara, 37 años, Valparaíso).

La imagen del centro es de mucha vulnerabilidad, porque es mucha la exposición de estar desnuda con las piernas abiertas, incluso frente a una pareja, frente a un médico que está uniformado (...) me imagino que al estar en esa exposición desnuda también se pierde la identidad. (Sol, 26 años, Santiago).

Esta memoria corporal hizo que las colaboradoras volvieran a recordar/sentir lo traumatizante que puede ser estar expuesta, desnuda, ante la mirada de desconocidas/os, que miran o que actúan sobre su cuerpo, y en muchos casos sin aviso ni consentimiento. La imagen de la camilla ginecológica cobró un significado de sometimiento y exposición, que habla de una imagen/situación con mucha carga emocional.

Encuentro que la imagen de la camilla es súper fuerte. Yo me hice un tratamiento en el hospital, tuve papiloma. Me hicieron un seguimiento como de dos años (...) Pero cuando me tenían que atender en la camilla de ahí [imagen] iban estudiantes de repente y el médico no me informaba. (Inés, 40 años, Antofagasta).

Dicha memoria corporal llevó a muchas de las colaboradoras que gestaron y parieron a volcar sus reflexiones sobre la vivencia del parir. Reconocer el parto en esas imágenes ya calificadas como frías y violentas, insistir en la posición de la camilla como un componente de la vulnerabilidad de la experiencia, les llevó a nombrar las emociones de angustia, soledad y dolor como huellas de la experiencia común. Los tres relatos siguientes corresponden a mujeres mayores y en ellos sorprenden lo vívido de sus expresiones. Son precisamente esas expresiones que no tienen palabras definidas las que llenan de sentido emotivo relatos.

A mí me provoca angustia... y a pesar de que hace muchos años que fui mamá, también me hace recordar que en esos momentos y en esa posición... no sé, sea antes o durante el parto, es un momento donde estás tan entregada y confiada de que lo que están haciendo es bueno para ti y tu guagua. (Pilar, 62 años, Santiago).

Nos instan todo el tiempo que tenemos que ser madres, pero ¿esto tenemos que pasar para ser madres? No es necesario pasar por esto para ser madres y, sin embargo, hay una cuestión tan... lo miro y volví a tener 22 años. (Mabel, 64 años, Antofagasta).

Soledad, el estar sola en esos minutos. No porque estés sola literalmente, está la enfermera, el médico, la anestesista y puede estar hasta tu pareja. Pero es como soledad en el sentido de que ummm...de que así es no más, lo que me pasa me lo guardo ¿por qué? porque así ha sido siempre. (Ana, 58 años, Valparaíso).

La memoria corporal de violencia y dolor que suscitó el collage en torno a las atenciones ginecológicas fue vinculada con la violencia de Estado en Chile, tanto como la del año 2019 bajo la revuelta popular, como la de la dictadura cívico militar de 1973, planteándose como una imagen pegada a la otra, como un continuo histórico social y político en el que la violencia pasa por los cuerpos de las mujeres. Así para esta colaboradora, la imagen de la camilla ginecológica sería parte del imaginario del horror y la violencia. Comparto:

Y veo la imagen allí, y esa imagen también es como una imagen pegada con esta otra imagen. Las violencias ocurren en el cuerpo de las mujeres con tanta brutalidad desde la institucionalidad y además desde lo social, desde lo político, desde la representación... (Mabel, 64 años, Antofagasta).

## Conclusiones

Los temas que he propuesto están conectados y al momento de entrar en la consulta ginecológica o al paritorio no son separables de la experiencia que vivimos. La despersonalización y la objetualización producto de la fragmentación niega nuestra autonomía y la posición de sujeto. Las operaciones de patologización y medicalización ejercen control y violencia sobre nuestros cuerpos, volviéndolos extraños para nosotras mismas. Ansiedad, vulnerabilidad, soledad, rechazo, impotencia, dolor e incluso horror, fueron todas emociones que afloraron al reflexionar juntas en torno a la imagen collage que presenté en cada grupo de discusión. Es por ello que, el último tema propuesto emociones encarnadas y memoria corporal señala justamente la imposibilidad de separar la experiencia vivida en las atenciones ginecológicas de este imaginario, ante la exigencia de hacer la desconexión del cuerpo y la persona que somos.

Las emociones encarnadas han cobrado forma en los grupos de discusión en torno a una imagen que se reconoce como una experiencia compartida y que da sentido a los tratos recibidos en la consulta. Estos producen efectos físicos concretos (sensación de frío y vulnerabilidad, no querer mirar, dolor de estómago) que hablan de una memoria corporal que se despierta en torno a esa situación de consulta pero que también permite conectar con otras situaciones de violencia (por ejemplo, violencia política sexual). Si bien decir emociones encarnadas podría resultar redundante, en una sociedad que fragmenta el cuerpo y la experiencia y que privilegia la mente por sobre el cuerpo, se vuelve importante recalcarlo. Nuestra experiencia en la consulta es física, corporal, y se nos exige escindirnos para poder de algún modo controlar ese malestar y racionalizarlo en el entendido que esta revisión de rutina, tratamiento o intervención es por nuestro propio bien.

Se ha definido la emoción como “una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de y recorriendo el cuerpo, y que, durante el transcurso de su vivencia sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada-la realidad de un mundo constituido por la experiencia emocional” (Denzin 2009, p.66, citado en Bericat, 2012). Planteo que estas emociones encarnadas al estar incrustadas en las personas que han vivenciado violencia obstétrica nos dan cuenta de una memoria corporal que aflora intensamente, a pesar del mucho tiempo que haya pasado, tal como pudimos ver en los relatos vividos de experiencias de parto o de procedimientos quirúrgicos. Lo anterior revela el profundo impacto y huella que la violencia ginecológica y obstétrica puede dejar en quienes la experimentan, condicionando las futuras emociones frente a posibles nuevas atenciones.

La memoria corporal brotó en cada grupo de discusión generando una suerte de catarsis colectiva, donde las emociones negativas de las experiencias de violencia vividas en silencio y soledad, pudieron abrirse un espacio común nunca antes dado, permitiendo en lo colectivo, configurar memorias corporales que nos posibilitaron reflexionar con mayor profundidad en las dimensiones que la violencia ginecológica tiene en nuestras vidas. También posibilitó vislumbrar en la atención ginecológica y obstétrica, parte del continuo de violencia que vivimos las mujeres en la sociedad lo cual fue expresado de modo muy elocuente al señalar que la imagen de la camilla ginecológica es una imagen pegada con otras, con otras imágenes de violencia que conocemos y que esta violencia se dirige al cuerpo.

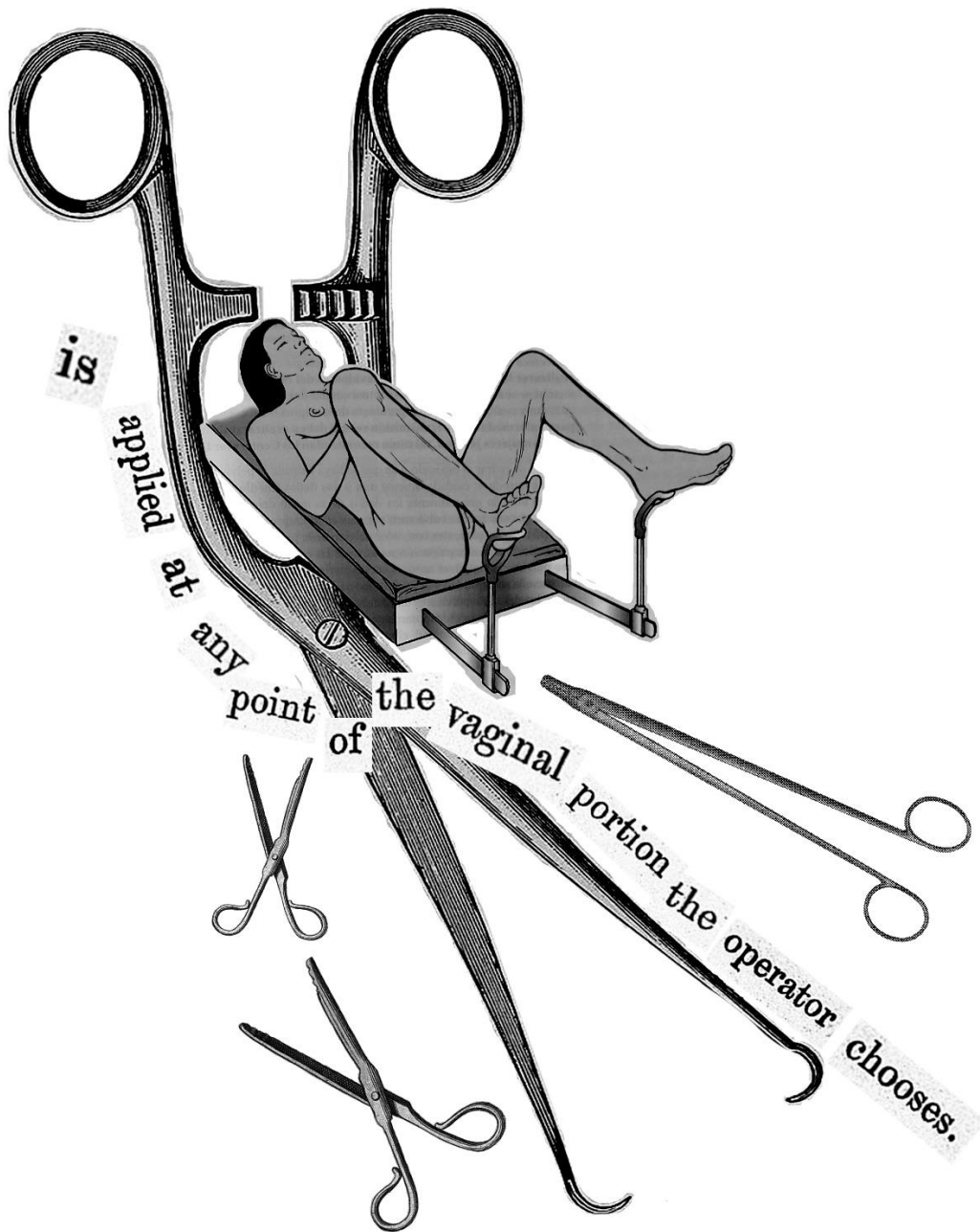
Mediante la patologización y la medicalización de nuestros cuerpos la disciplina ginecológica y obstétrica también se los ha apropiado, siendo su terreno de intervención y competencia, haciendo acallar nuestras voces y emociones con relación a nuestra propia salud y bienestar. Así “convierte la existencia en una serie de periodos de riesgo, cada uno de los cuales requiere un tutelaje especial” (Illich, 2015, p. 596), como ha sucedido con la menstruación, la gestación, parto y nacimiento y la menopausia. En este sentido una de las consecuencias que ha producido el control del cuerpo de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer, ha sido un profundo desconocimiento, desconexión y descualificación para la atención de nuestra propia salud. La necesidad de recuperar el cuerpo, ser protagonistas de nuestra salud y despatologizar nuestros procesos para vivirlos desde el goce y el placer, también fue planteado y debatido en los grupos de discusión, como una forma de romper con las relaciones de poder y autoridad entre médico y paciente, establecidas desde la ginecología y obstetricia. Vivenciar el cuerpo propio desde un lugar positivo, compartiendo las experiencias y los saberes que cada una encarna en círculos de mujeres, por ejemplo, o retomar los conocimientos que brindan las hierbas y la denominada ginecología natural, fueron todas cuestiones planteadas por las colaboradoras para recuperar nuestra autonomía en salud.

El imaginario ginecológico de las mujeres como defectuosas y susceptibles de reparación ha sido y es un componente fundamental de la violencia ginecológica y obstétrica, que se sostiene en la dinámica de patologización y medicalización de nuestros procesos fisiológicos, a través de la cual la ginecología fundamenta su práctica. El concepto de riesgo legitima la necesidad de atención e intervención médica y juega un papel fundamental en la patologización y medicalización del parto y los demás procesos

fisiológicos (menstruación, menopausia). Abundan las indicaciones de riesgo para las gestantes, ya sea por ser gordas o primerizas, por el tamaño de las parejas o las caderas (lo que prefigura una cesárea obligatoria), tal como en la situación compartida en Puerto Natales, cuando en realidad no era necesario ni se basaba más que en las creencias del personal de salud de que ella no podría parir de forma vaginal. Muchas intervenciones y tratamientos rutinarios en el ámbito clínico, terapia hormonal sustitutiva para la menopausia, cirugías genitales, entre otros, se han llegado a considerar por parte de un sector crítico de la medicina como “encarnizamiento médico con las mujeres” (Gérvas y Pérez Fernández, 2016), ya que más que beneficios han producido sobre intervención y daño.

Para terminar con la violencia ginecológica es muy relevante cuestionar este imaginario profundamente arraigado, cambiar el paradigma de patologización y medicalización que nos ubica como enfermas y necesitadas de reparación. Una gran cantidad de los psicofármacos que se prescriben a las mujeres son para tratar procesos vitales como la menstruación, la menopausia, la maternidad, (del Río, 2022), lo que redundaría en reduccionismo etiológico (Valls-Llobet, 2017). Los profesionales de salud mental suelen equiparar depresión con déficit hormonal. La construcción que la ginecología ha hecho de nuestros cuerpos permite esa medicalización de nuestro malestar, que podría tener su origen más bien en la imposición del rol de género y la carga de trabajo que conlleva (la doble jornada) más que en nuestra anatomía. Esta tradición histórica que “caracteriza a las mujeres como depresivas, enfermizas, frágiles y peligrosas” (del Río, 2022, p.59), impone las hormonas como “nexo material” entre cerebro y útero, habilitó, para hablar con propiedad científica, de psicología en la consulta ginecológica (Ehrenreich

y English, 2010). De allí que siguen siendo hoy día invocadas para justificar la idea del carácter cambiante y errático de las mujeres, y contribuyendo a mantener el imaginario patológico bajo el pretexto de rigurosidad científica. Emily Martin (1991) ha planteado que las imágenes negativas sobre nuestros cuerpos y su funcionamiento tiene un impacto en la autoestima y en la imagen que las mujeres tenemos de nosotras mismas (nos hacen pensar que hay algo mal en nuestro cuerpo), lo cual evidentemente se presentó en los grupos de discusión en forma de emociones encarnadas y memoria corporal.



Sin título, collage digital, 2018

## Capítulo 5

### Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile<sup>5</sup>

El sistema médico de salud se justifica en virtud de su contribución para sanar enfermedades y aliviar el sufrimiento de las personas. En ocasiones dicho sistema puede, consciente o no de ello, provocar sufrimiento en sus pacientes. Este fenómeno se ha denominado recientemente como abuso en el cuidado de la salud (Berglund, et al., 2012; Wijma, et al., 2016) y se refiere a la percepción por parte de las y los pacientes de que han sido maltratados, abusados o tratados de forma irrespetuosa por el personal de salud (Blanchard, 2004; d'Oliveira, et al., 2002; Schroll, et al., 2013). Dichos incidentes pueden causar sufrimiento inmediato o de largo plazo (Brüggeman & Swahnberg, 2012) y afectar gravemente la confianza en el sistema de salud (Swahnberg, 2009). Se estima una prevalencia de abuso en el sistema de salud cercana al 8 % para pacientes hombres y de 20 % para mujeres (Brüggeman & Swahnberg, 2012; Brüggeman, et al., 2012). Esta importante disparidad en los reportes de hombres y mujeres puede interpretarse como un trato diferencial basado en prejuicios y discriminación por género dentro del Modelo médico hegemónico (MMH) (Martin, 2001; Valls-Llobet, 2007). El MMH se define como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica y que establece como subalternas las prácticas, saberes y teorías creadas al margen del mismo, logrando identificarse como la única forma de atender la enfermedad que es legitimada

---

<sup>5</sup> Este artículo fue publicado como: Salinero Rates, S. y Cárdenas Castro, Manuel (2021) Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 81 (3): 226-238. <https://doi.org/10.51288/00810306>

tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988). Sus rasgos fundamentales son su biologicismo, individualismo, positivismo e identificación con la racionalidad científica.

El MMH reproduce el patrón de relaciones desiguales entre hombres y mujeres, al mismo tiempo, que sitúa en una posición subalterna las formas de saber no producidas bajo los criterios científicos. Lo anterior, queda de manifiesto en los reportes de áreas de la salud destinadas exclusivamente a las personas cuyo sexo asignado al nacer es de mujer (tales como los servicios de ginecología), en los que se observa que dichos reportes de abuso aumentan a rangos entre 13 % y 28 % (Swahnberg & Wijma, 2003; Swahnberg, et al., 2009). Estas experiencias de abuso y violencia se han asociado con graves consecuencias para la salud: síntomas de estrés postraumático, trastornos del sueño y negativa valoración en el reporte de salud general (Schroll, et al., 2013). Otra importante consecuencia de la violencia ginecológica, y dado que se trata de una atención que acompaña a la mujer a lo largo de casi toda la vida, es que las consultas no se realicen en los tiempos esperados, que se posterguen exámenes rutinarios o que se abandone la atención ginecológica en el marco del MMH.

Diversos estudios realizados en torno a la violencia ejercida en los servicios de ginecología (d'Oliveira, et al., 2002; Asociación Mujeres para la Salud, 2018, CLADEM, 1998; Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, 2003, 2008), indican que las situaciones más frecuentes son la denegación de información por parte del equipo médico o la realización de procedimientos invasivos que se tornan intencionalmente dolorosos. Estos estudios han puesto en evidencia la magnitud de la violencia y el abuso hacia las mujeres en la atención de salud, en donde la descalificación, la humillación y diversas expresiones de

violencia (denegación de la atención, uso de fuerza física y exposición a sufrimientos innecesarios) constituyen prácticas comunes en los sistemas públicos y privados de salud que se encuentran naturalizadas y normalizadas, muchas veces mediante retóricas que aluden al cuidado de las mujeres (Cárdenas, Salinero y García, 2020; Salinero, 2017).

Estudios recientes referidos al parto y la atención gineco obstétrica en Chile (OVO, 2018) señalan que en la atención del parto se siguen realizando, rutinariamente, intervenciones contraindicadas por la Organización Mundial de la Salud desde hace más de dos décadas: monitoreo fetal continuo (84,6 % en hospitales y 81,6 % en clínicas privadas), episiotomía (44 % en hospitales y 41,1 % en clínicas privadas), administración de oxitocina artificial (51,8 % en hospitales y 41,3 % en clínicas privadas), entre otras. Otro informe reciente en Chile (Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, 2019) indica que un 33,26 % de las mujeres lesbianas consultadas se ha sentido discriminada en un servicio de salud y un 50,7 % ha dejado de atender su salud ginecológica (un 68 % afirma que ha dejado de realizarse la citología por sus expectativas de ser discriminada).

Se incluyen bajo el concepto de violencia ginecológica todas aquellas prácticas realizadas por integrantes del equipo de salud (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es, etc.) que pueden implicar una atención o tratamiento deshumanizado, el uso de procedimientos innecesarios o abuso de medicación, la transformación de procesos naturales en patológicos, la denegación de información o tratamiento, cuestiones todas ellas que pueden derivar en la pérdida de autonomía de las mujeres y/o capacidad de tomar decisiones libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad (Salinero, 2021). La medicalización y patologización se refieren a la excesiva intervención médica de procesos biológicos de las personas cuyo sexo asignado al nacer fue de mujeres, vinculados a su

salud sexual y reproductiva, muchos de los cuales son tratados como enfermedades que conllevan un potencial riesgo y que deben ser controladas. Estas prácticas pueden afectar psicológica, física y/o sexualmente a quienes la experimentan, pudiendo tener un profundo impacto en su calidad de vida. Se trata de una forma específica de violencia contra las mujeres, perpetrada dentro del MMH por el personal de salud, y que se expresa en actos de negligencia, abuso verbal, abuso físico y abuso sexual (d'Oliveira, et al., 2002). Fruto de dicha violencia, quienes la experimentan pueden sentirse impotentes, ignoradas o anuladas (Swahnberg, et al., 2007) o pueden desarrollar una serie de cuadros clínicos (tales como depresión, trastorno ansioso, estrés postraumático, etc.) o de consecuencias físicas (fístula obstétrica, sexualidad dolorosa o dispareunia, dolor crónico, etc.), los que pueden desarrollarse de forma inmediata o con años de distancia después del incidente (Blondin, 2019; Changole, et al., 2019) y que pueden afectar su confianza en la atención médica.

Experimentar violencia en la atención ginecológica hace surgir en muchas ocasiones sentimientos de soledad, tristeza, vergüenza y culpa (Cohen & Korem, 2018; Hayes, et al., 2013). Del mismo modo, pueden surgir emociones de rabia hacia los otros/as y hacia sí mismas (Zeldes, et al., 2011). La violencia, y en particular aquella dirigida hacia las mujeres, puede transformar profundamente la experiencia que ellas tienen sobre sí mismas (Janof-Bulman, 1992; Lynch & Graham-Bergman, 2000), respecto de su cuerpo (Davidson & Gervais, 2015; Kremer, et al., 2013) y su sexualidad (Kearney-Cooke & Ackard, 2000), pero también puede dañar profundamente los supuestos básicos referidos a los otros y al mundo (Janof-Bulman, 1992; Lilly, et al., 2015).

Para comprender la complejidad de la violencia contra las mujeres y, en particular, la extensión de dicha violencia al espacio de la salud ginecológica, es necesario tener claro

que el abuso está asociado a factores estructurales (existencia de jerarquías y asimetrías de poder) y que, por lo mismo, se producirá independientemente de los intentos por parte del personal de salud de brindar la mejor atención que les sea posible. La violencia directa hacia ellas no es sino un efecto de la violencia estructural (Galtung, 1990) instalada al interior del MMH como reflejo de una violencia cultural mayor que legitima y ampara un trato discriminatorio hacia las mujeres (ideología patriarcal). Las expectativas culturales sobre las mujeres hacen que muchas vivan en soledad estas violencias y no las denuncien, contribuyendo a reproducir las estructuras existentes (y los estereotipos de sexo/género), invisibilizando prácticas inaceptables y legitimando el silencio sobre los abusos en las prácticas médicas. Lo anterior no implica bajo ninguna circunstancia endosar la responsabilidad a las víctimas de la violencia, la que siempre es responsabilidad de quien la ejerce, pero podría ayudar a comprender como es posible que esta se encuentre tan arraigada en la práctica clínica. Del mismo modo, se ha constatado la complicidad de parte del personal de salud, el cual se niega a asumir que sus conductas están reñidas con la ética (Glover, 2001), manteniéndose en silencio frente a lo que observa y permitiendo que la violencia no sea sancionada. Las propias características o roles socialmente asignados a las mujeres permitirían que estas hayan aprendido a estar más disponibles para tolerar la violencia dirigida hacia ellas, por ejemplo, mediante la denominada subjetividad maternal (Rich, 2019), que implicaría una internalización de la exigencia de soportar el dolor por amor a sus seres queridos, en particular sus hijos/as. La desaparición del respeto y la empatía, así como la desconexión entre las acciones del personal de salud con las consecuencias de las mismas, generan un terreno propicio para la deshumanización de las relaciones sociales. Cuando esto ocurre al interior del MMH, se está frente a experiencias que no hacen sino alargar el continuo de violencia hacia las mujeres.

Es importante reconocer como en estas sociedades existen diversos criterios de segmentación que resultan relevantes para organizar socialmente las diferencias y que pueden solaparse entre sí. Además del sexo/genero, los criterios raciales/étnicos y la clase social o nivel socioeconómico pueden servir a fines de discriminación entre grupos, de modo de mantener las brechas de poder entre unos y otros. A este fenómeno se le ha denominado interseccionalidad (Carastathis, 2014) e indica que cada persona sufre opresión u ostenta privilegios con base en su pertenencia a diversas categorías sociales. Es decir, la experiencia de las personas asignadas al nacer como mujeres, dentro del MMH, tendrá aspectos comunes y diferenciales, dependiendo de la pertenencia o adscripción a otras categorías relevantes para la jerarquización social, esto es, a su pertenencia a múltiples sistemas de desigualdad (Crenshaw, 1991). Diversos estudios revelan que las personas pertenecientes a varios grupos desfavorecidos experimentan peores resultados de salud (Calabrese, et al., 2015; Grollman, 2014; Harnois, 2014). Al enfocarse en la confluencia de múltiples categorías sociales, la interseccionalidad llama la atención, también, sobre las formas en que las consecuencias de cualquier forma particular de discriminación pueden variar para los grupos de alto y bajo estatus, ya sea destacando los efectos combinados de múltiples formas de discriminación y/o contemplando la posibilidad de que las consecuencias de los resultados en salud difieran en múltiples ejes de desigualdad.

Si, tal como se ha afirmado, la violencia ginecológica es parte del continuo de violencia que a lo largo de sus vidas deben experimentar las mujeres, esto se debe a su capacidad para provocar daño o sufrimiento físico, psíquico o sexual en razón de su género. Cualquier acción o conducta basada en el género y que cause daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres

(OEA, 1995). Para evitar la violencia ginecológica, así como para apoyar y optimizar la salud de las mujeres que la han experimentado, se necesita mejorar la comprensión de lo que califica como una experiencia de violencia ginecológica y cómo las mujeres con tales experiencias deben lidiar con sus efectos a lo largo de su ciclo vital.

Los objetivos de esta investigación fueron indagar en la presencia de violencia ginecológica dentro del sistema de salud en Chile, cuantificar la magnitud de este problema, definir sus contornos generales y visibilizar un fenómeno hasta ahora silenciado.

## **Método**

### **Participantes**

La muestra estuvo compuesta por 4563 mujeres, mayores de edad y que hubiesen asistido alguna vez a servicios ginecológicos.

### **Procedimiento**

Los datos utilizados corresponden a la Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica GINOBS (Salinero, et al, 2020). El cuestionario fue aplicado entre el 18 de diciembre de 2019 y el 10 de mayo de 2020 mediante plataforma en línea (SurveyMonkey®). El diseño es de carácter transversal y no probabilístico. Las participantes completaron un consentimiento informado en que se le explicaban los principales objetivos del estudio y se le ofrecían condiciones de anonimato y

confidencialidad (aunque también la posibilidad de contactar a los investigadores y entregar/recibir información adicional sobre el estudio o los contenidos referidos al mismo).

## Instrumento

La primera parte del instrumento estaba destinada a obtener información socio-demográfica. La segunda parte quedó compuesta por diversas medidas que indagan en posibles experiencias de violencia ginecológica y en el impacto que dicha violencia pudo tener en diversos ámbitos de la vida de quienes la padecieron.

Escala de violencia ginecológica. Instrumento compuesto por trece ítems en formato Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (No describe para nada lo que me ocurrió) hasta 5 (Definitivamente esto me ocurrió). La escala indaga en diversas formas de violencia psicológica (El personal de salud juzgaba tus prácticas sexuales o se refería a ellas en tono moralizante), física (Fuiste víctima de prácticas violentas (uso de fuerza, procedimientos dolorosos innecesarios, etc.) y sexual (Sentiste alguna vez que te realizaron tactos o toques inapropiados dado el motivo de tu consulta y que te hicieran sentir que se vulneraba tu intimidad), ocurridas en el ámbito de la atención ginecológica y realizadas por parte del equipo médico. La escala ha sido validada para su uso en Chile, mostrando ser un buen instrumento para detectar violencia ginecológica (Cárdenas, Salinero y García, 2020). El índice de fiabilidad para esta aplicación fue de 0,88 (alfa de Cronbach). Al finalizar el cuestionario se solicitaba que, dado las respuestas anteriores, indicaran si sentían que habían vivido alguna forma de violencia ginecológica.

Necesidad de apoyo en salud mental dentro y fuera del MMH. Se incorporaron dos preguntas destinadas a realizar pesquisa sobre la necesidad de recurrir a atención de salud mental y a terapias alternativas y/o redes de apoyo (formato de respuesta dicotómico), y dos en formato Likert con cinco opciones de respuesta que indagan en cuánto siente que dichas acciones le ayudaron (1 = Muy poco, 5 = Muchísimo).

Situaciones de violencia y denuncia. Se presentó una pregunta que indaga en la ocurrencia de una serie de hechos de violencia (instrucción de desvestirse sin que fuese necesario dado el procedimiento, comentarios inapropiados de índole sexual, procedimientos sin uso de guantes, etc.). También se incorporó una pregunta sobre la percepción de haber sufrido violencia sexual en el marco de la atención ginecológica (¿Sientes que alguna vez sufriste violencia sexual durante tus atenciones ginecológicas y/o obstétricas?), si presentó una denuncia (En caso de haber sufrido violencia sexual durante tus atenciones ginecológicas y/o obstétricas, ¿denunciaste el hecho?) y/o constató posibles lesiones (¿Constataste lesiones en algún servicio hospitalario?), así como sobre el trato recibido en el marco de dicha denuncia y/o posterior constatación de lesiones en servicio de salud (Al momento de constatar las lesiones, ¿recibiste un trato respetuoso y cálido por parte del personal de salud?).

## Análisis de datos

Para todos los análisis se utilizaron los programas SPSS 20.0 y G\*Power 3.1.6. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, medias, desviación estándar), análisis de correlaciones de Spearman (para variables continuas y ordinales) y comparaciones de

medias entre grupos (pruebas t para muestras independientes y ANOVAS de un factor), para todas las cuales se han calculados los tamaños de los efectos (d y f de Cohen).

## **Resultados**

Se incluyeron 4563 mujeres, mayores de edad y que hubiesen asistido alguna vez a servicios ginecológicos. La edad fluctuó entre 18 y 82 años (M=30,99, DT=9,78). Del total de participantes el 98,5 % nacieron en Chile, el 1,5 % en el extranjero, pero residían en Chile desde hace al menos un año. Participaron personas de todas las regiones del país. Del total de participantes, un 15,5 % declaró sentirse parte de alguna etnia originaria y un 3,9 % se consideraba afrodescendiente. Con respecto a su orientación sexual, un 83,7 % se consideraba heterosexual, 12 % se declaró bisexual, un 1,9 % se calificó como gay, lesbiana u homosexual y un 2,4 % marcó la opción de otra orientación sexual. La edad media para la primera consulta ginecológica fue de 17,04 años (DT=3,56, rango entre 4 y 45 años) y la frecuencia de asistencia a control ginecológico fue mayoritariamente anual (M=1,67 meses, DT=10,98).

Ante la pregunta por el lugar en que realiza su atención ginecológica un 58,4 % respondió en clínica privada o médico particular, el 32,3 % en servicio público, un 1,6 % en otro servicio, y un 1,7 % dijo no tener acceso a atención ginecológica. Resulta interesante destacar que un 5,9 % afirmó que dada su experiencia anterior no se realiza atención ginecológica.

Sobre la pregunta referida a la percepción de haber vivido violencia ginecológica, un 67 % de las participantes (N=3055) de la muestra expresó que había vivido violencia en

su atención ginecológica. En la Tabla 1 se puede observar las medias para la escala de violencia ginecológica y las tres dimensiones que la componen en los diversos grupos. Al comparar las puntuaciones de las mujeres que se atienden en servicios de ginecología públicos y privados se encontró diferencias en la escala general ( $t(2630)=4,95/ p< 0,001/ d=0,20$ ) y en las dimensiones referidas a violencia psicológica ( $t(2630)=4,11/ p<0,001/ d=0,17$ ) y sexual ( $t(2630)=5,82/ p<0,001/ d=0,24$ ). En todos los casos, las puntuaciones fueron más altas para quienes se atendían en servicios públicos. Al comparar los grupos atendiendo a los reportes sobre el impacto que la experiencia de violencia ha provocado en su cuerpo, autoimagen, autoestima y sexualidad se constataron diferencias significativas en la última de estas variables ( $t(2491)=2,09/ p=0,036/ d=0,09$ ).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	Violencia ginecológica <i>M(DT)</i>	Violencia psíquica <i>M(DT)</i>	Violencia física <i>M(DT)</i>	Violencia sexual <i>M(DT)</i>
Atención en servicios de salud públicos ( $n=1383$ )	2,53(1,02)	2,77(1,19)	1,83(1,13)	2,71(1,36)
Atención en servicios de salud privados ( $n=2666$ )	2,22(0,98)	2,43(1,18)	1,70(1,07)	2,31(1,29)
Pertenece a etnia originaria ( $n=706$ )	2,64(1,04)	2,87(1,21)	2,00(1,21)	2,77(1,39)
No pertenecen a etnia originaria ( $n=3857$ )	2,34(1,01)	2,57(1,19)	1,75(1,09)	2,45(1,33)
Afrodescendientes ( $n=180$ )	2,72(1,04)	2,98(1,21)	2,03(1,23)	2,85(1,27)
No afrodescendientes ( $n=4383$ )	2,38(1,02)	2,60(1,20)	1,77(1,11)	2,49(1,34)
Orientación sexual heterosexual ( $n=3818$ )	2,33(1,02)	2,53(1,20)	1,75(1,10)	2,56(1,34)
Orientación sexual no heterosexual ( $n=636$ )	2,68(0,97)	3,04(1,11)	1,94(1,18)	2,71(1,34)
Recurren a atención de salud mental ( $n=408$ )	3,31(0,86)	3,49(1,06)	2,45(1,25)	3,69(1,13)
No recurren a atención de salud mental ( $n=3185$ )	2,51(0,94)	2,76(1,14)	1,84(1,12)	2,63(1,30)
Recurren a terapias alternativas ( $n=751$ )	3,24(0,87)	3,48(1,03)	2,33(1,25)	3,57(1,19)
No recurren a terapias alternativas ( $n=2842$ )	2,43(0,92)	2,67(1,13)	1,80(1,10)	2,53(1,28)

Del mismo modo, se constataron diferencias estadísticamente significativas en la escala completa ( $t(3053)=4,26/ p<0,001/ d=0,13$ ) y en las tres dimensiones ( $t$  psíquica ( $3053$ )= $3,36/ p=0,001/ d=0,16$ ;  $t$  física ( $3053$ )= $3,37/ p=0,001/ d=0,15$ ;  $t$  sexual ( $3053$ )= $2,81/ p=0,005/ d=0,20$ ) entre quienes se identificaban como pertenecientes a etnias originarias y quienes no se sentían pertenecientes a ellas. En todos los casos, las puntuaciones más altas fueron para las participantes que se sentían parte de alguna etnia originaria. En el grupo perteneciente a etnia originaria ( $N=706$ ) los reportes referidos a la percepción de haber vivido violencia ginecológica se elevaron a un 74,5 % de las participantes, porcentaje similar al de aquellas que se consideraban afrodescendientes ( $N=180$ ) y que afirmaron, en un 76,1 %, haber vivido violencia ginecológica. Este último grupo puntuó significativamente más alto que quienes no se consideran afrodescendientes, tanto en la escala general ( $t(3053)=3,04/ p=0,002/ d=0,25$ ) como en la dimensión referida a violencia psicológica ( $t(3053)=2,81/ p<0,005/ d=0,24$ ). Con respecto al reporte sobre el impacto que ha tenido la experiencia en sus vidas, se constataron diferencias significativas en la percepción del propio cuerpo, producto de la violencia ginecológica, entre quienes se consideraron pertenecientes a un pueblo originario ( $t(2895)=2,01/ p=0,044/ d=0,10$ ). Entre quienes se consideraron afrodescendientes y quienes no lo eran, no se constataron diferencias en la percepción del cuerpo, su autoimagen, su autoestima o su sexualidad.

Con relación a la orientación sexual declarada por las participantes, un 75,6 % de aquellas que no se consideraron heterosexuales declararon haber experimentado violencia ginecológica y se detectó diferencias significativas en la escala completa ( $F(2,2991)=17,26/ p<0,001/ f=0,11$ ) y la dimensión que midió reportes de violencia psíquica ( $F(2,2991)=31,5/ p<0,001/ f=0,15$ ) con las personas heterosexuales. En ambos casos, las

puntuaciones para el grupo de personas de orientación disidente (gay, lesbianas, trans, no binarios, etc.) y las personas bisexuales fueron significativamente más altas que las de las participantes heterosexuales. Entre las puntuaciones de las personas disidentes y bisexuales no se constataron diferencias en los reportes de violencia ginecológica.

Para analizar la relación existente entre el nivel educacional, la edad y los reportes de violencia ginecológica se realizaron una serie de correlaciones (Tabla 2). Los resultados indicaron una relación negativa y significativa entre el nivel de estudios con las puntuaciones en la escala total ( $r=-0,052/ p<0,001$ ), la dimensión violencia psíquica ( $r=-0,066/ p<0,001$ ) y la violencia sexual ( $r=-0,031/ p<0,005$ ). Lo anterior implica que a menor cantidad de años de estudios formales, mayor fue la violencia reportada. Por otra parte, se detectó una relación lineal significativa entre la edad y la puntuación a la escala total ( $r=-0,058/ p<0,001$ ), así como con las dimensiones de violencia psíquica ( $r=-0,137/ p<0,001$ ) y física ( $r=0,046/ p<0,001$ ). Para el caso de la violencia psíquica se puede indicar que a menor edad, mayor nivel en el reporte de dicha violencia. Con relación a la violencia física, se encontró una relación inversa, a mayor edad se reportó más violencia física y sexual.

Tabla 2. Correlaciones entre las distintas variables

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Violencia ginecológica	0,889**	0,703**	0,835**	-0,058**	-0,052**	0,166**
(1) Violencia psíquica	*	0,464**	0,562**	-0,137**	-0,066**	0,114**
(2) Violencia física		*	0,488**	0,046**	-0,015	0,061*
(3) Violencia sexual			*	0,012	-0,031*	0,097**
(4) Edad				*	0,295**	-0,031
(5) Nivel educacional					*	-0,004
(6) Imagen cuerpo						*

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

Con respecto a la forma de lidiar con los efectos adversos de la violencia, un 13,8 % acudió a atención de salud mental, mientras que un 25,5 % recurrió a terapias alternativas y/o redes de apoyo. Al comparar las medias de quienes recurrieron a atención de salud mental con quienes no lo hicieron, se constataron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala total ( $t(2895)=12,31/ p<0,001/ d=0,66$ ), así como en las dimensiones de violencia psíquica ( $t(2895)=8,24/ p<0,001/ d=0,45$ ), violencia física ( $t(2895)=6,96/ p<0,001/ d=0,37$ ) y violencia sexual ( $t(2895)=11,95/ p<0,001/ d=0,65$ ). También se constataron diferencias significativas entre quienes acudieron a terapias alternativas de quienes no lo hicieron, en las puntuaciones de la escala total ( $t(2895)=15,28/ p<0,001/ d=0,65$ ), así como en las dimensiones de violencia psíquica ( $t(2895)=11,42/ p<0,001/ d=0,48$ ), violencia física ( $t(2895)=6,89/ p<0,001/ d=0,29$ ) y violencia sexual ( $t(2895)=3,92/ p<0,001/ d=0,60$ ). Los estadísticos anteriores indicaron, como podía suponerse, que quienes reportaron mayores niveles de violencia eran quienes más recurrían por ayuda, tanto al interior del propio MMH, como a terapias alternativas y otras redes de apoyo.

En cuanto a las situaciones más frecuentes de violencia que han tenido que experimentar las participantes se encuentran: realización de procedimientos que se juzgan como intencionalmente dolorosos (80,2 %), solicitud de desvestirse aunque no tuviese relación con el motivo de consulta (61,7 %), sentirse infantilizadas o ignoradas al realizar consultas sobre su salud ginecológica (60,1 %), sentir que sus preguntas o consultas no eran apropiadamente atendidas por el personal de salud (58,2 %), recibir comentarios inapropiados referidos a su cuerpo y/o genitales (56 %), recibir tactos inapropiados (49,4

%), haber sido medicadas sin que se le explicara por qué y de qué modo dichos medicamentos podían afectar su salud (31 %), recibir comentarios que juzgaban sus prácticas sexuales o se referían a ellas en tono moralizante (27,1 %), haber sido regañadas o amenazas por parte del personal médico (25,9 %), realización de procedimientos sin guantes (8,7 %), introducción de objetos inapropiados para el procedimiento (4,9 %) y acoso sexual (4,5 %). Cabe señalar que 8 mujeres (0,3 %) señalaron haber sido violadas en la consulta ginecológica. Del total de participantes que reportaron haber vivido violencia ginecológica, un 23,9 % sintió haber vivido violencia sexual en alguna de sus atenciones ginecológicas, pero solo un 2,5 % realizó una denuncia por ello. Un 3,2 % intentó hacer la denuncia, pero no se la recibieron. Entre quienes denunciaron, un 62,5 % declaró haber sufrido malos tratos por el hecho de denunciar los hechos.

## **Discusión**

Los resultados del estudio indican que en Chile resulta alarmante la enorme proporción de participantes que reporta haber vivido alguna forma de violencia ginecológica. Podría tratarse de un grave problema de salud pública y de respeto de los derechos humanos (OEA, 1995; Tijoux y Palomino, 2015). Siete de cada diez mujeres han experimentado la violencia al interior del MMH, revelando este espacio como una parte del continuo de violencia que padecen cotidianamente las mujeres. Estas cifras aumentan aún más cuando las participantes declaran sentirse parte de una etnia originaria o identificarse como afrodescendiente. Lo anterior no hace sino develar el carácter interseccional de la violencia ginecológica (Crenshaw, 1991), donde las diferentes categorías utilizadas para segmentar una sociedad se superponen y operan conjuntamente. Los niveles de violencia

serían modulados por la pertenencia a una determinada clase social, orientación sexual, pertenencia a un grupo étnico específico, y se puede intensificar de acuerdo a los prejuicios de cada profesional, pero también a la violencia estructural a la que se ven expuestas estas comunidades. Por ejemplo, los cuerpos de las mujeres afrodescendientes se encuentran mucho más sexualizados (Tijoux y Palomino, 2015) que el de otras categorías de mujeres y ello puede, razonablemente, considerarse un factor de mayor exposición a la violencia, tal y como ellas reportan.

Una mirada cándida sobre lo que ocurre en la consulta médica haría pensar en profesionales al servicio de la salud de las personas asignadas como mujer al nacer, que las escuchan atentamente y dialogan para decidir e implementar juntas/os las medidas médicas necesarias para su salud ginecológica. Nada más alejado de aquello. Las mujeres reportan no sentirse escuchadas, sienten que sus preguntas no son respondidas, que se les aplican tratamientos sin saber para qué y qué efectos secundarios podrían tener en su salud. El espacio de la consulta resulta amenazante, muchas veces es vivido como violento, lleno de jerarquías y abusos de poder (Ehrenreich, 2018). Los malos tratos parecen una constante, se sienten vulnerables y expuestas. Muchas de las participantes han dejado de atender su salud ginecológica al interior del MMH, debido a sus malas experiencias. Se trata de un lugar en el cual el prejuicio opera cotidianamente y sus efectos se hacen sentir en las vidas de quienes nacen mujer, patologizando sus cuerpos y procesos biológicos. Importantes transformaciones en la percepción de sus cuerpos que afectan su sexualidad y que deterioran seriamente su autoimagen son descritos como producidos por las experiencias de violencia psíquica, física o sexual en la consulta.

El enjuiciamiento y castigo de una orientación sexual diferente a la heterosexual es una práctica habitual (Brown, et al., 2014). La transgresión de los roles de género esperados para las mujeres es la base sobre la cual se asientan prácticas tales como la negativa a realizar determinados procedimientos y que solo están basados en prejuicios del personal de salud. En Chile, nacer mujer justifica por sí mismo el ejercicio de una violencia oculta bajo retóricas del cuidado. Si a eso se suma la pertenencia a una categoría étnica, nacer pobre, iniciar precozmente la vida sexual, así como atenderse en el sistema público, las posibilidades de ser alcanzada por la violencia del MMH aumentan. Si bien un mayor nivel educacional puede cumplir un rol importante como contenedor de la violencia, esto no queda garantizado. Mujeres de todas las condiciones sociales, de todas las edades, de todas las orientaciones sexuales describen, a lo largo de su vida, experiencias de abuso y vulnerabilidad. La consulta ginecológica puede ser una instancia donde se les enjuicia permanentemente y en la que se busca que sus cuerpos se adecuen a una norma construida por el MMH.

Estas formas de violencia se encuentran tan normalizadas que son independientes de si la mujer tiene capacidad de pagar por una salud privada o si debe conformarse con la que ofrece el sistema público, aunque los resultados obtenidos de los análisis indican que en este último las formas tienden a hacerse más explícitas y directas, menos mediadas, dando cuenta de la profunda segmentación del sistema de salud chileno (Castillo y Molina-Milman, 2019). Si las mujeres se quejan son castigadas de diversas formas, algunas de ellas muy dolorosas y están sujetas a la arbitrariedad y el abuso de poder por parte de quienes trabajan al interior del MMH. Se trata de formas naturalizadas de ejercicio del poder que, por frecuentes, pierden su connotación de violencia y muchas veces hace aparecer la

atención de salud ginecológica que se les brinda como una especie de favor. Esta naturalización podría hacer, incluso, que muchas mujeres que experimentan violencia puedan no ser capaces siquiera de detectarla. Así, por ejemplo, es probable que el efecto del nivel educacional de las mujeres en la posibilidad de sufrir violencia no sea sino producto de que han internalizado los conceptos y forma de atención de la ginecología (9). Seguir un comportamiento ordenado y someterse al dictamen médico, gracias a dicho proceso de normalización e internalización, podría funcionar como un filtro que las hace captar la atención ginecológica como menos disruptiva, menos violenta o menos amenazante.

Es paradójico que los efectos negativos provocados por una inadecuada atención ginecológica deben ser paliados muchas veces volviendo a ser reinsertada en el MMH. El daño generado por la violencia médica se traduce, muchas veces, en consultas de salud mental y una nueva medicalización. Los resultados indican que mientras mayor es el impacto de la violencia, mayor es la posibilidad de que se deba recurrir a profesionales de salud mental, y podría deducirse que también podrá ser mayor la medicalización. El daño opera separando, haciendo aparecer la violencia como un problema de quien la padece, como algo privado y que debe ser vivido de forma solitaria. Resulta extremadamente alarmante que una persona entre a una consulta ginecológica sintiéndose de un modo y salga de ella sintiéndose otra, más vulnerable y dañada. Esa percepción negativa afectará el conjunto de sus relaciones sociales, aislándola y separándola de sus propias redes de apoyo. En el parecer de los investigadores, lo que existe es un modelo de salud que genera el daño, pero que las posibilidades de recuperación del mismo deben ser asumidas individualmente.

Esta encuesta tiene una serie de limitaciones, de las cuales la principal es su carácter no representativo. Lo anterior no le resta importancia a los hallazgos, pero limita su

capacidad para generalizar los resultados al conjunto de la población de mujeres, dado que incluye una serie de sesgos relacionados con la autoselección de la muestra (por ejemplo, deben tener acceso a dispositivos conectados a internet y quienes están más motivadas para contestar son, probablemente, quienes han tenido experiencias de violencia en la consulta ginecológica). Por otra parte, no todas las mujeres son conscientes de sus procesos internos y de cómo la violencia pudo haberlas afectado, por lo cual las medidas de autoreporte deben considerarse una herramienta inicial que necesariamente debe ser complementada con estudios de carácter comprehensivo.

Son cada vez más quienes abandonan el MMH y buscan, fuera del mismo, formas menos violentas de hacerse cargo de su salud ginecológica. La ginecología natural, diversas formas de medicina alternativas, el regreso del parto en casa ayudado por parteras, doulas o amigas, son algunos ejemplos de este proceso de desplazamiento que muchas mujeres están comenzando. La búsqueda de respeto y autonomía para decidir podrían estar en la base del mismo. La búsqueda de ayuda en redes de apoyo, grupos de mujeres o terapias alternativas al MMH tendrían el fin de sanar y restañar las heridas provocadas por la violencia ginecológica. Reconocimiento, aceptación y compañía, se constituyen en estrategias para la recuperación y para la emergencia de ellas mismas como sujetos, así como para el intercambio y recuperación de los saberes propios sobre el cuerpo.

Se puede concluir que la violencia al interior de los servicios de salud, y en particular en los servicios ginecológicos, se encuentra muchas veces naturalizada y se ha mantenido por ello invisibilizada. Los resultados de la encuesta nos indican que son cada vez más mujeres capaces de reconocer prácticas habituales y rutinarias como formas más o menos explícitas de violencia (psíquica, física, sexual). Del mismo modo, parece que dicho

problema (la violencia ginecológica) se hace más frecuente aún en virtud de sus adscripciones sociales e identitarias de las mujeres. Se trata de formas de violencia que se encuentran arraigadas en el sistema de salud y que, con mucha probabilidad, se transmiten acríticamente en el marco de la formación del personal de salud. Los altos reportes de violencia ginecológica la transforman en un problema de salud pública que debe ser tomado en consideración, de modo de elaborar políticas públicas que garanticen a todas las mujeres una vida libre de violencia, el disfrute de sus derechos sexuales reproductivos, y la erradicación de las prácticas que hacen que las mujeres se alejen de los servicios de salud, postergando importantes exámenes o procedimientos médicos necesarios para dicho ejercicio de derechos.



Sin título, collage análogo, 2021.

## Capítulo 6

### **Violencia ginecológica y sus impactos en la percepción de sí mismas, su cuerpo y la sexualidad en personas asignadas mujer al nacer en Chile<sup>6</sup>**

Desde hace más de dos décadas se han comenzado a realizar diversos estudios sobre violencia y abuso en los servicios de salud centrados en la percepción de las usuarias de haber sido maltratadas, abusadas o tratadas de forma irrespetuosa por el personal de salud (D'Oliveira, Diniz, Schraiber, 2002; Berglund, Westin, Svanström et al., 2012; Wijma, Zbikowski & Brüggemann, 2016; Schroll, Kjaergaard & Midtgaard, 2013). Estas violencias vividas al interior de un espacio al que se acude precisamente para recibir cuidados y del cual se espera respeto, pueden producir malestar y sufrimiento inmediato o de largo plazo (Brüggemann & Swahnberg, 2013) como, igualmente, dañar la confianza en el sistema de salud (Swahnberg, Wijma, Hearn, et al, 2009).

En este contexto es de suma relevancia conocer lo que sucede en ginecología, disciplina médica que se ha centrado exclusivamente en la salud sexual y reproductiva de las personas cuyo sexo asignado al nacer es de mujeres. Los reportes de abuso aumentan de forma significativa en ginecología (Swahnberg, Schei, Hilden et al., 2010; Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, INSGENAR, 2003 y 2008), siendo estas prácticas de violencia asociadas a resultados negativos de salud de quienes asisten a dichos servicios (Schroll, Kjaergaard, Midtgaard, 2013). La organización española Asociación de Mujeres para la Salud en un estudio realizado el año 2018 señaló que la mitad de las más de dos mil

---

<sup>6</sup> Este artículo fue publicado como: Salinero Rates, Stella. (2024). Violencia ginecológica y sus impactos en la percepción de sí mismas, cuerpo y sexualidad en personas asignadas mujeres al nacer en Chile. TS Cuadernos De Trabajo Social, (27), 1-19. <https://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/265>

personas asignadas mujeres al nacer que participó afirmó haber sido maltratadas en los servicios de salud ginecológica.

Latinoamérica ha sido una región pionera en el mundo en señalar, visibilizar y nombrar el abuso y la violencia sistemática que se ejerce contra las mujeres en el contexto de las atenciones de salud sexual y reproductiva y específicamente en relación con el parto-nacimiento y del aborto, llamándola violencia obstétrica (Quattrochi y Magnone, 2020). Esta violencia niega nuestros derechos sexuales y reproductivos, así como nuestros derechos humanos (Arguedas; 2014, Belli, 2013; Bellón, 2015; Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2016). Estos trabajos son fruto del empeño por relevar la magnitud de la violencia y hacia las mujeres en la atención de salud y posibilitar desde allí su erradicación (D'Oliveira, Diniz & Schraiber, 2002; Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, 1998; Fernández y Contreras, 2015; Gonçalves Da Silva, Carreira, Pinheiro et al., 2014; INSGENAR, 2003 y 2008; Pozzio, 2016). Dichos estudios exponen además cómo la falta de respeto, la humillación y diversas expresiones de violencia que van desde la denegación de la atención, el uso de fuerza física, hasta la exposición a sufrimientos innecesarios, son prácticas comunes en los servicios públicos como privados de salud. En este panorama desde hace más de dos décadas tanto organizaciones de mujeres y feministas de la región (Gómez, 2007; Nacer en Libertad, 2015; Quattrochi y Magnone, 2020), como organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1985, 2014) están advirtiendo de la necesidad de erradicar las prácticas que constituyen violencia y malos tratos. Sin embargo, dada la permanencia en el tiempo de éstas, asistimos a su alto grado de normalización, naturalización y legitimación tanto a nivel institucional como entre las y los profesionales de salud que atienden en dichos servicios.

Específicamente en Chile los resultados de la Primera Encuesta sobre el Nacimiento (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2018) nos muestran un panorama de violencia no muy diferente al de otros países de la región. Es así como en la atención del parto se siguen reproduciendo rutinariamente intervenciones contraindicadas por la Organización Mundial de la Salud (2019), entre las que se encuentran monitoreo fetal continuo, administración de oxitocina artificial, tactos reiterados, la maniobra de Kristeller (comprensión del abdomen en el momento de la contracción), rasurado de genitales, rotura de membranas, episiotomía (incisión en el periné, cuyo objetivo es agrandar el canal de parto, considerándose por su magnitud y efectos en la sexualidad por Wagner (1999) como mutilación genital), entre otras.

**Ampliando el campo: desde la violencia obstétrica hacia la violencia vivida en las consultas ginecológicas**

Principalmente se han desarrollado esfuerzos por estudiar y denunciar la experiencia de violencia en la gestación, el parto- nacimiento y el aborto, dado su alto grado de medicalización y las graves violaciones a los derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos que conlleva la violencia obstétrica (Belli, 2013; INSGENAR, 2003 y 2008) pero también es necesario estudiar y generar información en torno a la violencia vivida dentro de la consulta ginecológica ya que atañe a un enorme grupo de personas que acuden a dichos servicios por afecciones ginecológicas (dismenorrea, molestias menstruales, endometriosis, dolor pélvico, incontinencia urinaria, entre otras), o para realizarse el examen del PAP u otros exámenes como mamografías, respondiendo al llamado incesante de las autoridades de salud y son dañadas. Esta violencia se encuentra aún más invisibilizada y silenciada

dejando fuera del debate sobre la violencia a aquellas personas que no tienen como motivo de consulta la reproducción y que pertenecen a grupos más vulnerabilizados, como mujeres mayores o muy jóvenes, lesbianas y disidencias genérico-sexuales. Dentro de los estudios que han pesquisado la violencia ginecológica se encuentra *Ser lesBIana en Chile*, realizado por la Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio (2019), el cual señala que un 68% afirma que ha dejado de realizarse el PAP y un 50.7% ha dejado de asistir a la consulta ginecológica para evitar ser discriminada al develar su orientación sexual. Cuestión preocupante porque debido a la heteronormatividad de estos espacios y la violencia que en ellos se despliega hacia su grupo, se margina a las mujeres lesbianas y bisexuales de los cuidados ginecológicos, haciéndolas exponerse a enfermedades (Cano, 2019).

Por todo lo anterior pensamos que la violencia ginecológica engloba y en muchas ocasiones antecede a la violencia obstétrica y que incorporarla puede contribuir a conocer más a fondo la violencia que se dirige hacia las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer en el ámbito de la atención de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, en las diversas etapas de sus vidas. En este sentido es relevante conocer qué es lo que sucede en la consulta ginecológica y qué efectos tiene sobre las personas que asisten a ella. La examinación ginecológica de rutina es considerada una situación altamente estresante, dolorosa, que produce gran ansiedad y miedo (O'Laughlin, Strelow, Fellows, et. al, 2021), ya que exige exponer los genitales, mientras se introducen objetivos (especulo) y se realizan procedimientos en una zona íntima del cuerpo que conciernen a la esfera de la sexualidad (Bates, Carroll & Potter, 2011). Por todo lo anterior, el cuidado y delicadeza en el trato son esenciales para ofrecer una experiencia segura y positiva en la consulta.

Con todo, para muchas de las personas que requieren servicios de ginecología, la atención ginecológica puede llegar a ser una experiencia traumática, ya que además de la

vulnerabilidad que constituye la posición en la camilla, en ella se refuerza una relación jerárquica propia de la atención médica dada la relación de dominación y subordinación de lo femenino en la sociedad que dificulta el ejercicio de la autonomía para quienes se atienden. Muchas veces somos impelidas a asistir a la consulta ginecológica como un nuevo mandato de género, el cual opera mediante retóricas que aluden al cuidado de nuestra salud sexual (Cárdenas et al., 2020<sup>a</sup>; Cárdenas y Salinero, 2023; O'Laughlin, Strelow, Fellows, et. al, 2021; Salinero y Cárdenas, 2021) mientras se nos infringe daño por parte de quienes se supone deberían cuidarnos, pudiendo provocar profundas consecuencias a nivel emocional, físico, sexual y relacional.

Bajo el concepto de violencia ginecológica se incluyen todas aquellas prácticas realizadas por integrantes del equipo de salud (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es, etc.) en el marco de la atención ginecológica, que naturalizan y legitiman una relación de subordinación entre personal médico y pacientes (ocultación o denegación de información, comentarios irónicos y formas de violencia relacionada con regañar o infantilizar, falta de consentimiento expreso para la examinación), las acciones directas de violencia psicológica o física referidas al cuerpo de quienes se atienden (comentarios o acciones impertinentes respecto al cuerpo, medicalización excesiva, uso de procedimientos intencionalmente dolorosos, etc.) y/o cualquier forma de abuso y violencia sexual (obligación de desvestirse sin relación con el motivo de consulta, tocar indebidamente el cuerpo o genitales, abuso sexual, violación, etc.). Estas prácticas pueden afectar psicológica, física y/o sexualmente, pudiendo tener un profundo impacto en la calidad de vida de quienes la experimentan. Se trata de una forma específica de violencia contra las personas cuyo sexo asignado al nacer fue de mujeres, basada en prejuicios de género y que hace que quienes la experimentan pueden sentirse impotentes, ignoradas o anuladas (Swahnberg, Thapar-Björkert, Berterö,

2007) o desarrollar una serie de cuadros clínicos (tales como depresión, trastorno ansioso, estrés postraumático, etc.) o de consecuencias físicas (dispareunia, dolor crónico, etc.), los que pueden producirse de forma inmediata o con años de distancia después del incidente (Blondin, 2019).

Es importante señalar que esta definición toma los aportes generados en el campo de la violencia obstétrica. Asimismo, tanto la violencia ginecológica como obstétrica convergen en sus consecuencias negativas como la apropiación del cuerpo, la medicalización y patologización de procesos fisiológicos y la pérdida de autonomía y/o capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre el cuerpo y la sexualidad, sobre todo cuando las identidades de las personas no se ajustan al binarismo de género, que hegemoniza y norma a través del sistema de salud.

### Impacto y transformaciones en el sí misma, el cuerpo y la sexualidad

La violencia dirigida hacia las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer puede impactar y transformar profundamente la experiencia que tienen sobre sí mismas, respecto de su cuerpo y su sexualidad (Ackard, Kearney-Cooke & Peterson, 2000; Davidson & Gervais, 2015; Cárdenas et al., 2020<sup>a</sup>; Janoff-Bulman, 1992; Kearney-Cooke & Ackard, 2000; Lynch, Graham-Bergman, 2000; Salinero, 2021). El concepto de sí misma/o, entendido como autoimagen, es un proceso en constante actualización, que determinaría nuestra individualidad y que configuraría nuestra manera de vivir (Rogers, 1959). Al mismo tiempo el sí misma es una vivencia encarnada y dinámica por lo que incluye la percepción del cuerpo y de la sexualidad (Esteban, 2004)

Para comprender la complejidad de la violencia contra las personas cuyo sexo asignado al nacer fue de mujeres, y en particular la extensión de dicha violencia al espacio de la salud ginecológica es necesario tener claro que el abuso está asociado a factores estructurales (existencia de jerarquías y asimetrías de poder) y que, por lo mismo, se producirá muchas veces, a pesar de los intentos por parte del personal de salud de brindar la mejor atención que les sea posible. La violencia directa no es sino un efecto de la violencia estructural (Galtung, 1990) instalada al interior del sistema de salud como reflejo de una violencia sociocultural mayor que legitima y ampara un trato discriminatorio hacia las personas asignadas mujeres al nacer y en la que el género (como construcción de carácter binario) asigna roles y comportamientos, estructurando y sosteniendo una relación asimétrica de poder. La transgresión de los roles asignados al sexo es castigada socialmente. Asimismo, las disparidades en los resultados de salud deben pensarse desde la conexión entre procesos sociales y biológicos, dado que en la ciencia se reproducen los mismos sesgos instalados en el plano cultural (Martin, 2001; Valls-Llobet, 2017).

La reproducción de las expectativas de género hace que muchas personas que asisten a dichos servicios vivan en silencio la violencia ginecológica y no la denuncien, contribuyendo a reproducir las estructuras existentes (y los estereotipos de sexo/género). Sin embargo, el proceso de denuncia resulta revictimizante tal y como está instituido hasta ahora en el país, por lo que finalmente la desincentiva (Colectiva contra la violencia Ginecológica, 2023). Además, se ha constatado la complicidad de parte del personal de salud, el cual se niega a reconocer que sus prácticas están reñidas con la ética (Glover, 2001) dejando el problema en la calidad de la atención, la infraestructura y la falta de recursos, sin realizar el cuestionamiento a sus prácticas y a la formación médica (Castro, 2014; Sesia, 2020; Villanueva, Ahuja, Valdez et al., 2016). La desconexión de sus acciones

con las consecuencias de éstas, generan un terreno propicio para la deshumanización de las relaciones sociales. Cuando esto acontece en el sistema de salud y particularmente en las atenciones de ginecología y obstetricia, estamos frente a experiencias que son parte del continuo de violencia hacia las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer.

Es importante señalar que además del ya mencionado sistema sexo/género, los criterios raciales y étnicos, la clase social, la situación de discapacidad pueden servir a fines de discriminación, violencia y exclusión entre grupos de modo de mantener las brechas de poder entre unos y otros. Lo anterior ha sido llamado interseccionalidad (Crenshaw, 1991) e indica en que cada persona sufre opresión u ostenta privilegios en base a su pertenencia a diversas categorías sociales que operan simultáneamente. De este modo, la experiencia dentro de los servicios de ginecología tendrá aspectos comunes y diferenciales, debido a la pertenencia o adscripción a otras categorías relevantes para la jerarquización social, esto es, a su pertenencia a múltiples sistemas de desigualdad (Bastos, Harnois & Paradies, 2017). Diversos estudios revelan que las personas pertenecientes a varios grupos vulneralizados experimentan peores resultados de salud (Calabrese, Meyer, Overstreet et al., 2015; Grollman, 2014; Harnois, 2014). En este sentido, la interseccionalidad es una herramienta analítica útil para conocer cómo opera diferencialmente la violencia ginecológica entre las personas que acuden a los servicios de ginecología, evidenciando esta violencia será más probable de ser vivida o se intensificará si aquellas personas que la padecen se ubican en posiciones sociales subalternizadas.

Dicho todo lo anterior, el objetivo de este trabajo es presentar los impactos que la violencia ginecológica provoca en la imagen de sí mismas (autoimagen y autoestima), sus cuerpos y sexualidad en quienes la vivencian en nuestro país. Conocer dichos impactos contribuye a denunciar las profundas huellas que deja la violencia ginecológica en quienes

la vivencian en el entendido que es desde los efectos negativos que produce una práctica de violencia que es como podemos juzgarla.

## Método

Este estudio se sitúa entre las metodologías militantes (Conti, 2004; Camacho, 2020) cuya motivación es ayudar a generar una conciencia crítica en las personas que participan, que colabore con la transformación social. Los datos que serán utilizados fueron producidos por la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, colectiva feminista de la cual quién escribe forma parte desde el año 2018, a través de la Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica GINOBS 2020 (Colectiva Contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020) realizada entre fines del año 2019 y principios del 2020. Nuestra intención fue crear una encuesta de parte (Conti, 2004), es decir, posicionada desde la existencia de la violencia ginecológica como práctica habitual en los servicios de ginecología. Es por ello por lo que concebimos a la encuesta como una herramienta política colectiva que insta a situarse a quienes la contesten desde la experiencia y que, al mismo tiempo, nos posibilitaba llegar a muchas personas en diferentes territorios del país (García-Núñez et al, 2022). Dicho lo anterior, nuestra pretensión no fue obtener información sino más bien generar una reflexión desde lo individual, evidenciando lo común de esta vivencia que permitiera visibilizar el carácter político de la violencia ginecológica como una forma de violencia que reproduce y refuerza la estructura de dominación de género, racista, clasista y heteropatriarcal en que vivimos.

## Participantes

La muestra está compuesta por 4563 participantes, mayores de edad, asignadas como mujeres al nacer, de todas las regiones del país. Los requisitos de inclusión fueron haber asistido alguna vez a servicios ginecológicos en Chile y ser mayores de edad. La edad fluctuó entre 18 y 82 años ( $M=30,9$ ,  $DT=9,7$ ). Del total de participantes el 98,5% nacieron en Chile, el 1,5% en el extranjero, pero residen en Chile desde hace al menos un año. Un 15,5% declara sentirse parte de alguna etnia originaria y un 3,9% se considera afrodescendiente. Con respecto a su orientación sexual, un 83,7% se considera “heterosexual”, 12% se declara “bisexual” y un 1,9% se califica de “gay, lesbiana u homosexual”. Un 2,4% marcó la opción “Otra orientación sexual” (ejemplos de esta categoría son “pansexual”, “asexuada”, “genero fluido”, entre otras). Al consultar por la identidad de género y sexual un 97,5% se califica como “Mujer”, 1,9% se declara como “No conformista (queer) o no binario (ni hombre ni mujer exclusivamente)”, el 0,4% se declara “Hombre” y el 0,1% como “Hombre transgénero/Hombre Trans/Mujer a hombre (FtM)”. La edad media para la primera consulta ginecológica fue de 17,1 años ( $DT=3,5$  y rango entre 4 y 45 años) y la frecuencia de asistencia a control ginecológico fue mayoritariamente anual ( $M=11,67$ ,  $DT=10,9$ , Rango entre 1 y 360 meses). Del total de participantes, un 61% tiene cobertura del sistema público de salud (FONASA) y un 34% por el sistema privado (ISAPRES). Un 4% declara no estar cubierta ni por el sistema público ni privado, y un 1% se encuentra en otro (generalmente vinculados a familiares de las fuerzas armadas y de orden). Ante la pregunta por el lugar en que realiza su atención ginecológica un 58,4% “En clínica privada o médico particular”, un 32,3% “En servicio público”, un 1,6% en “Otra” (“talleres de ginecología natural”, “matrona feminista”,

“servicios de salud universitarios”, entre otros) y un 1,7% dice no tener acceso a atención ginecológica. Resulta importante destacar que un 5,9% afirma que “Dada su experiencia anterior no se realiza atención ginecológica”.

## Procedimiento

Como ya he mencionado los datos utilizados corresponden a la Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica GINOBS 2020 (Colectiva Contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020), la cual fue realizada mediante plataforma electrónica (SurveyMonkey©). La base de datos de dicho cuestionario fue liberada para investigadoras e investigadores durante el año 2021, por los que éstos son de orden secundario. El diseño es de carácter transversal y no probabilístico. Quienes participaron completaron un consentimiento informado en que se le explicaban los principales objetivos del estudio y se les ofrecían condiciones de anonimato y confidencialidad (aunque también la posibilidad de contactarnos y entregarnos/recibir información adicional sobre el estudio o los contenidos de éste).

## Instrumento

La primera parte del instrumento corresponde a información sociodemográfica. La segunda quedó compuesta por diversas medidas que indagan en posibles experiencias de violencia ginecológica y en el impacto que dicha violencia pudo tener en diversos ámbitos de la vida de quienes la padecieron.

Escala de Violencia Ginecológica. Instrumento constituido por trece ítems en formato Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (“No describe para nada lo

que me ocurrió”) hasta 5 (“Definitivamente esto me ocurrió”). La escala, creada para esta encuesta (Cárdenas, Salinero y García, 2020) indaga en diversas formas de violencia psicológica [“El personal de salud juzgaba tus prácticas sexuales o se refería a ellas en tono moralizante”], física [“Fuiste víctima de prácticas violentas (uso de fuerza, procedimientos dolorosos innecesarios, etc.)”] y sexual [“Sentiste alguna vez que te realizaron tactos o “toctos” inapropiados dado el motivo de tu consulta y que te hicieran sentir que se vulneraba tu intimidad”] ocurridas en el ámbito de la atención ginecológica, y realizadas por parte del equipo médico. La escala ha sido validada para su uso en Chile, mostrando ser un buen instrumento para detectar violencia ginecológica. El índice de fiabilidad para esta aplicación fue de .88 (alfa de Cronbach). Al finalizar el cuestionario se solicitaba que, dado las respuestas anteriores, nos indicaran si sentían que habían vivido alguna forma de violencia ginecológica.

Experiencias de transformación con posterioridad a las experiencias de violencia ginecológica. Se presentaron tres preguntas que apuntaban a medir cambios en la experiencia del propio cuerpo (“¿Sientes que la experiencia de violencia ginecológica afectó negativamente su autoimagen corporal?”), su autoestima (“¿Sientes que la experiencia de violencia ginecológica afectó negativamente tu autoestima?”) y su sexualidad (“¿Sientes que la experiencia de violencia ginecológica afectó negativamente tu sexualidad?”). Del mismo modo, se incorporaron tres preguntas en formato Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde 1 (“Me afectó muy poco”) hasta 5 (“Me afectó muchísimo”), destinadas a cuantificar dichos cambios.

Necesidad de apoyo en salud mental dentro y fuera del Modelo Médico Hegemónico (MMH). Se integraron dos preguntas cuya finalidad fue pesquisar la necesidad de acudir a consultas de salud mental y a terapias alternativas y/o redes de apoyo (formato

de respuesta dicotómico), y dos en formato Likert con cinco opciones de respuesta que indagaban en cuánto siente que dichas acciones le ayudaron (1 = “Muy poco”, 5 = “Muchísimo”).

### Análisis de datos

Para todos los análisis se usaron los programas SPSS 20.0 y G\*Power 3.1.6. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, medias, desviación estándar), análisis de correlaciones de Spearman (para variables continuas y ordinales), de regresión lineal múltiple (método por pasos hacia adelante) y comparaciones de medias entre grupos (pruebas t para muestras independientes y ANOVAS de un factor), para todas las cuales se han calculados los tamaños de los efectos (d y f de Cohen).

### Resultados

Comenzaremos reportando los resultados sobre la pregunta referida a la percepción de haber vivido violencia ginecológica, los cuales nos indican que un 67% de las personas participantes (N=3055) de la muestra siente que ha vivido violencia en su atención ginecológica. Las situaciones de violencia ginecológica que reportan más frecuentemente las participantes son los procedimientos intencionalmente dolorosos (80,2%), el tener que desvestirse sin que haya relación con el motivo de consulta (61,7%), sentirse infantilizadas o ignoradas al preguntar sobre su salud ginecológica (60,1%), sentir que sus preguntas no eran apropiadamente respondidas por el personal de salud (58,2%), comentarios inapropiados sobre su cuerpo o genitales (56%), los tactos inapropiados (49,4%), ser medicadas sin que se le explicara para qué (31%), sentir que juzgaban sus prácticas

sexuales (27,1%), regaños o amenazas por parte del personal (25,9%), procedimientos realizados sin guantes (8,7%), introducción de objetos inapropiados para el procedimiento (4,9%) y acoso sexual (4,5%). Es importante exponer que 8 personas (0,3%) señalaron haber sido violadas en la consulta ginecológica. Del total de participantes que reportaron haber vivido violencia ginecológica, un 23,9% siente haber vivido violencia sexual en alguna de sus atenciones ginecológicas, pero sólo un 2,5% realizó una denuncia por ello. Un 3,2% intentó hacer la denuncia, pero no se la recibieron. Entre quienes denunciaron un 62,5% declara haber sufrido malos tratos al denunciar los hechos.

En la Tabla 1 podemos observar las medias para la escala de violencia ginecológica y las tres dimensiones que la componen en los diversos grupos (violencia psíquica, física y sexual). Al comparar las puntuaciones de las personas asignadas mujeres al nacer que se atienden en servicios de ginecología públicos y privados encontramos diferencias en la escala general ( $t(2630)=4,95$ ,  $p<.001$ ,  $d=.20$ ) y en las dimensiones referidas a violencia psicológica ( $t(2630)=4.11$ ,  $p<.001$ ,  $d=.17$ ) y sexual ( $t(2630)=5.82$ ,  $p<.001$ ,  $d=.24$ ). En todos los casos las puntuaciones son más altas para quienes se atienden en servicios públicos. Al comparar los grupos atendiendo a los reportes sobre el impacto que la experiencia de violencia ha provocado en su cuerpo, autoimagen, autoestima y sexualidad se constatan diferencias significativas en la última de estas variables ( $t(2491)=2.09$ ,  $p=.036$ ,  $d=.09$ ).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	Violencia ginecológica <i>M(DT)</i>	Violencia psíquica <i>M(DT)</i>	Violencia física <i>M(DT)</i>	Violencia sexual <i>M(DT)</i>
Atención en servicios de salud públicos ( <i>n</i> =1383)	2.53(1.02)	2.77(1.19)	1.83(1.13)	2.71(1.36)
Atención en servicios de salud privados ( <i>n</i> =2666)	2.22(0.98)	2.43(1.18)	1.70(1.07)	2.31(1.29)
Pertenece a etnia originaria ( <i>n</i> =706)	2.64(1.04)	2.87(1.21)	2.00(1.21)	2.77(1.39)
No pertenecen a etnia originaria ( <i>n</i> =3857)	2.34(1.01)	2.57(1.19)	1.75(1.09)	2.45(1.33)
Afrodescendientes ( <i>n</i> =180)	2.72(1.04)	2.98(1.21)	2.03(1.23)	2.85(1.27)
No afrodescendientes ( <i>n</i> =4383)	2.38(1.02)	2.60(1.20)	1.77(1.11)	2.49(1.34)
Orientación sexual heterosexual ( <i>n</i> =3818)	2.33(1.02)	2.53(1.20)	1.75(1.10)	2.56(1.34)
Orientación sexual no heterosexual ( <i>n</i> =636)	2.68(0.97)	3.04(1.11)	1.94(1.18)	2.71(1.34)
Recurren a atención de salud mental ( <i>n</i> =408)	3.31(0.86)	3.49(1.06)	2.45(1.25)	3.69(1.13)
No recurren a atención de salud mental ( <i>n</i> =3185)	2.51(0.94)	2.76(1.14)	1.84(1.12)	2.63(1.30)
Recurren a terapias alternativas ( <i>n</i> =751)	3.24(0.87)	3.48(1.03)	2.33(1.25)	3.57(1.19)
No recurren a terapias alternativas ( <i>n</i> =2842)	2.43(0.92)	2.67(1.13)	1.80(1.10)	2.53(1.28)

Del mismo modo, se constatan diferencias estadísticamente significativas en la escala completa ( $t(3053)=4.26$ ,  $p<.001$ ,  $d=.13$ ) y en las tres dimensiones

(psíquica(3053)=3.36;  $p=.001$ ,  $d=.16$ ; física=(3053)=3.37;  $p=.001$ ,  $d=.15$ ; tsexual(3053)=2.81;  $p=.005$ ,  $d=.20$ ) entre quienes se identifican como pertenecientes a etnias originarias y quienes no se sienten pertenecientes a ellas. En todos los casos, las puntuaciones más altas las presentan las participantes que se sienten parte de alguna etnia originaria. Si nos centramos en este grupo ( $N=706$ ), los reportes de percepción de haber vivido violencia ginecológica se elevan a un 74,5%, porcentaje similar al de aquellas personas que se consideran afrodescendientes ( $N=180$ ) y que afirman en un 76,1% haber vivido violencia ginecológica. Es importante destacar que este último grupo puntúa significativamente más alto que quienes no son afrodescendientes en la escala general ( $t(3053)=3.04$ ,  $p=.002$ ,  $d=.25$ ) y en la dimensión referida a violencia psicológica ( $t(3053)=2.81$ ,  $p<.005$ ,  $d=.24$ ). Respecto del reporte sobre el impacto que la experiencia de violencia ginecológica tiene en las vidas de las participantes, se constatan diferencias significativas en la percepción del propio cuerpo producto de dicha violencia entre quienes se consideran pertenecientes a un pueblo originario ( $t(2895)=2.01$ ,  $p=.044$ ,  $d=.10$ ). Entre quienes se consideran afrodescendientes y quienes no lo son, no se constatan diferencias en la percepción del cuerpo, su autoimagen, su autoestima o su sexualidad.

Si atendemos a la orientación sexual declarada por las participantes, un 75,6% de aquellas personas que son lesbianas y/o disidentes sexuales afirman haber experimentado violencia ginecológica, y aquí detectamos diferencias significativas en la escala completa ( $F(2,2991)=17.26$ ,  $p<.001$ ,  $f=.11$ ) y la dimensión que mide reportes de violencia psíquica ( $F(2,2991)=31.55$ ,  $p<.001$ ,  $f=.15$ ) con las personas heterosexuales. Al comparar estos grupos en el reporte del impacto que la violencia ha tenido en su imagen corporal, su autoimagen, su autoestima y su sexualidad, no se constatan diferencias significativas estadísticamente.

Tabla 2. Correlaciones entre las distintas variables

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Violencia ginecológica	.889**	.703**	.835**	-	-	.166**	.104**	.108**	.071
Violencia psíquica (1)	*	.464**	.562**	-	-	.114**	.063*	.099**	.054*
Violencia física (2)		*	.488**	.046**	-.015	.061*	.030	.037	.006*
Violencia sexual (3)			*	.012	-.031*	.097**	.070**	.091**	.015
Edad (4)				*	.295**	-.031	-.046**	.063**	.069**
Nivel educacional (5)					*	-.004	-.002	.006	.005
Imagen cuerpo (6)						*	.727**	.642**	.566**
Autoimagen (7)							*	.758**	.633**
Autoestima (8)								*	.655**
Sexualidad (9)									*

Para analizar la relación existente entre nivel educacional, la edad y los reportes de violencia ginecológica hemos realizado una serie de correlaciones (ver Tabla 2). Los resultados nos enseñan una relación negativa y significativa entre el nivel de estudios con las puntuaciones a la escala total ( $r=-.052$ ,  $p<.001$ ), la dimensión violencia psíquica ( $r=-.066$ ,  $p<.001$ ) y violencia sexual ( $r=-.031$ ,  $p<.005$ ). Lo anterior implicaría que, a menor cantidad de años de estudios formales, mayor es la violencia reportada. Respecto a la edad,

se revela una relación lineal significativa entre la edad con la puntuación a la escala total ( $r=-.058$ ,  $p<.001$ ), así como con las dimensiones de violencia, psíquica ( $r=-.137$ ,  $p<.001$ ) y física ( $r=.046$ ,  $p<.001$ ). Para el caso de la violencia psíquica podemos indicar que a menor edad mayor nivel en el reporte de dicha violencia. En relación con la violencia física se nos presenta una relación inversa, a mayor edad se reportan más violencia física y sexual. Del mismo modo, se constata una relación lineal y significativa entre las puntuaciones a la escala total y el impacto reportado en la imagen corporal ( $r=.166$ ,  $p<.001$ ), la autoimagen ( $r=.104$ ,  $p<.001$ ), autoestima ( $r=.108$ ,  $p<.001$ ) y la sexualidad ( $r=.071$ ,  $p<.001$ ).

Las variables que mejor explican el impacto en la percepción del propio cuerpo ( $R^2=.026$ ,  $F(2,2894)=38.37$ ,  $p<.001$ ) son la violencia psíquica ( $\beta=.11$ ) y la sexual ( $\beta=.09$ ). Los cambios en la autoimagen ( $R^2=.025$ ,  $F(2,2894)=19.86$ ,  $p<.001$ ) son mejor expresados por la violencia psíquica ( $\beta=.103$ ) y la edad ( $\beta=-.042$ ). Las consecuencias en la autoestima son explicadas por ( $R^2=.019$ ,  $F(2,2894)=19.17$ ,  $p<.001$ ) la violencia psíquica ( $\beta=.094$ ), la violencia sexual ( $\beta=.060$ ) y la edad ( $\beta=-.056$ ). Finalmente, las consecuencias más profundas en la vida sexual ( $R^2=.012$ ,  $F(2,2894)=13.09$ ,  $p<.001$ ) serían parcialmente predichas por la violencia psíquica ( $\beta=-.054$ ), la edad ( $\beta=-.069$ ) y la violencia sexual ( $\beta=.056$ ). Es decir, la percepción de haber sufrido más violencia ginecológica en las diversas formas que hemos indagado (psíquica, física y sexual), permiten predecir parcialmente el impacto diferencial en diferentes esferas de la vida de las personas participantes. Así, una menor edad al momento de ocurrir la violencia predice mayor impacto en la percepción del propio cuerpo, la autoimagen, la autoestima y la sexualidad.

En relación a la manera de enfrentar las consecuencias negativas de la violencia vivida dentro de los servicios de ginecología en sus vidas, un 13,8% señala que acudió a atención de salud mental, mientras que un 25,5% señala que recurrió a terapias alternativas

y/o redes de apoyo. Al comparar las medias de quienes solicitan atención de salud mental con quienes no lo hacen, constatamos diferencias significativas en las puntuaciones de la escala total ( $t(2895)=12.31, p<.001, d=.66$ ), así como en las dimensiones de violencia psíquica ( $t(2895)=8.24, p<.001, d=.45$ ), violencia física ( $t(2895)=6.96, p<.001, d=.37$ ) y violencia sexual ( $t(2895)=11.95, p<.001, d=.65$ ). También, se constatan diferencias significativas entre quienes acuden a terapias alternativas de quienes no lo hacen en las puntuaciones de la escala total ( $t(2895)=15.28, p<.001, d=.65$ ), así como en las dimensiones de violencia psíquica ( $t(2895)=11.42, p<.001, d=.48$ ), violencia física ( $t(2895)=6.89, p<.001, d=.29$ ) y violencia sexual ( $t(2895)=3.92, p<.001, d=.60$ ). De esta forma, los estadísticos anteriores exponen, como podía suponerse, que las personas que reportan mayores niveles de violencia son quienes más recurren a ayuda, tanto al interior del MMH como a terapias alternativas y otras redes de apoyo.

## Discusión

Nuestro estudio señala que siete de cada diez participantes han experimentado la violencia ginecológica alguna vez en sus vidas al interior del sistema de salud, revelando una imagen de la consulta ginecológica y de la ginecología como práctica médica donde abunda la violencia, el maltrato y el abuso en nuestro país. La jerarquía y asimetría de poder, en conjunto con el prestigio social de la disciplina traza distancias que imposibilitan a quienes acuden a dichos servicios ser reconocidas como sujetos, más bien ocurre que son objetivadas y cosificadas (Castro, 2014). En este contexto sus voces no son escuchadas, sus dolores e inquietudes son minimizados, si no negados, y en su lugar se instala el miedo y la

amenaza. La psicoanalista relacional Jessica Benjamin (2012) plantea desde una perspectiva intersubjetiva que para que el sí misma/o pueda experimentar plenamente su subjetividad debe ser reconocido por otro/a, cuestión que sabemos por los resultados de este estudio que no se está produciendo, no hay reconocimiento en la consulta ginecológica. En este sentido, los resultados nos permiten sostener que la disciplina ginecológica produce y reproduce la violencia contra las personas asignadas mujeres al nacer, siendo una extensión de la violencia estructural que vivencian cotidianamente.

Si ya nos parecen preocupantes dichas cifras éstas crecen aún más cuando quien responde declaran sentirse parte de una etnia originaria o identificarse como afrodescendiente. Lo anterior no hace sino afirmar el carácter interseccional de la violencia ginecológica, en la cual las diferentes categorías sociales de opresión se superponen y operan simultáneamente intensificando la violencia. Así la violencia se puede incrementar de acuerdo con los prejuicios de cada profesional de salud, pero también debido a la violencia estructural a la que se ven expuestas estas comunidades. Por ejemplo, se considera a las mujeres de etnias originarias como hiper reproductivas (Quattrochi y Magnone, 2020), o en el caso de las mujeres afrodescendientes, sus cuerpos se han expuesto a una sexualización mayor que la de otros grupos, y ello puede considerarse, entre otras cosas, un factor de mayor exposición a la violencia, tal y como ellas reportan en nuestra encuesta, cuestión que la torna más compleja y que requiere de cambios profundos para su erradicación.

Insistiendo en lo expuesto más arriba, es importante recalcar también que la violencia que viven las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer al interior de los servicios de ginecología responde fundamentalmente a problemas sociales y políticos, que atañen al control de la sexualidad, la reproducción y el cuerpo, por lo que se ha identificado

y denunciado hace más de cuarenta años como una disciplina al servicio de la dominación masculina por investigadoras al interior de la misma (Kaiser & Kaiser, 1974). Con todo, a pesar de que desde hace tiempo la ginecología está viviendo un proceso de feminización, a diferencia de lo que se pensaba, esto no ha significado un cambio sustancial de la práctica (Pozzio, 2016). Más bien asistimos a la reproducción de dicho control y dominación, lo que demuestra como plantea Castro (2014) que la práctica médica responde también a un habitus propio, nombrado como autoritario por el autor, gestado desde la formación en las escuelas de medicina, tanto como en la residencia y en la especialización, que posibilita la violencia y el abuso sin importar el género de la o el profesional.

Cuando constatamos que acudir a una consulta ginecológica puede generar cambios negativos en la percepción del sí mismas/os, de la autoimagen, del cuerpo y la sexualidad, estamos frente a una situación de una gravedad extrema, más aún si estos cambios son producidos por la experiencia de violencia psíquica, física o sexual. Así la violencia psicológica y sexual han sido las que mejor exponen el impacto negativo sobre la percepción del cuerpo. Muchas personas respondieron haber sido juzgadas y criticadas por el personal de salud por su apariencia y por su cuerpo (29,9%), como asimismo por sus prácticas sexuales (19.6%) y también tuvieron que escuchar comentarios inapropiados de índole sexual referidos a su cuerpo o sus genitales (18%). Todas estas cuestionen redundan en una invasión e intromisión en ámbitos tan sensibles como el del cuerpo y la sexualidad que van mellando la percepción de sí mismas, transformando negativamente su autoimagen. Incluso puede generar, en el caso de la práctica sexual, en una disminución de ésta por largos períodos (Salinero, 2021). Al mismo tiempo hay que señalar que un grupo no menor respondió haber sido víctima de violencia sexual por parte del médico/a o de algún integrante del equipo médico de salud (9,5%) lo cual evidentemente repercute en la

vivencia de la sexualidad y comprende una situación de suma gravedad. Todo lo anterior teniendo presente que la examinación ginecológica, como ya se ha indicado, produce gran ansiedad y a la cual a pesar de ello asisten miles de mujeres personas asignadas al nacer como mujeres cada año en nuestro país como un nuevo mandato de género y como la única forma autorizada y legitimada de cuidar de nuestra salud sexual (Ehrenreich, 2018).

Por otros estudios sabemos que la orientación sexual disidente es castigada en la consulta ginecológica (Agrupación Lésbica Rompiendo el silencio, 2018). La trasgresión de roles de género esperados para quienes han nacido mujeres es frecuentemente tema de discusión con las pacientes, lo cual muchas veces provoca el deambular por diversas consultas o simplemente dejar de asistir (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020). Todo lo anterior hace patente la necesidad de visibilizar y valorar la multiplicidad de formas en que se vive la sexualidad en la consulta ginecológica, criticando los modos en que se refuerza y reproduce la heteronormatividad (Brown, Pecheny, Tamburrino, et al., 2014; Cano, 2019) Para las lesbianas la examinación ginecológica, que implica muchas veces estar desnudas frente a un profesional varón, le agrega una dimensión de amenaza de agresión sexual en su imaginario social (Cárdenas y Salinero, 2023) pues como sabemos ocurren las agresiones y violaciones “correctivas” hacia las personas lesbianas, animadas por la profunda heteronormatividad y lesboodio al interior de nuestra cultura y sociedad.

Las formas de violencia descritas como violencia ginecológica se encuentran tan normalizadas y legitimadas que se producen independiente de si las personas tienen capacidad de pagar por una salud privada o si debes conformarte con la que ofrece el sistema público, aunque los resultados obtenidos de los análisis indican que en esta última la violencia tiende a hacerse más explícita y directa, menos mediada y como hemos dicho

más intensa en quienes adscriben a categorías subalternizadas en nuestra sociedad. Si las mujeres o personas asignadas mujeres al nacer se quejan son castigadas de diversas formas, algunas de ellas muy dolorosas. Están sujetas a la arbitrariedad y el abuso de poder por parte de quienes trabajan al interior del sistema médico, quienes muchas veces hacen aparecer la atención de salud ginecológica que se les brinda como una especie de favor (Salinero, 2021). Esta naturalización podría hacer incluso que muchas mujeres y personas asignadas mujer al nacer que experimentan violencia puedan no ser capaces siquiera de detectarla.

El impacto reportado en la autoimagen, la autoestima, la forma de percibir el cuerpo y vivir la sexualidad es muy relevante para entender la dimensión política de esta violencia, que se dirige específicamente a dañar la experiencia del cuerpo y la sexualidad, sobre todo en grupos que han sido históricamente subalternizados y vulnerabilizados, colaborando con ello a perpetuar la dominación. Es por ello no es casual que el impacto negativo en la percepción del propio cuerpo producto de la violencia ginecológica sea mayor en las personas que son pertenecientes a un pueblo originario, porque expresa el racismo estructural al que están expuestas. Hacerles sentir menos fuertes, más dependientes, inseguras, tristes, deprimidas, queriendo menos su cuerpo, son consecuencias del impacto de la violencia ginecológica. El daño generado por la violencia médica se traduce muchas veces en consultas de salud mental como ya hemos expuesto. Los resultados indican que mientras mayor es el impacto de la violencia, mayor es la posibilidad de que se deba recurrir a profesionales de salud mental, y podría deducirse que también podrá ser mayor la medicalización. En nuestro parecer existe evidencia de que el modelo de salud está generando iatrogenia, pero que la responsabilidad por la recuperación debe ser asumida de forma privada, como si atañera a esa persona que fue violentada y no a un sistema que

produce violencia. Es por esto por lo que es necesario nombrar la violencia vivida en estos espacios como violencia ginecológica, pues cuando los fenómenos no tienen un nombre parecieran no tener existencia, y si no se pueden ver no se pueden modificar. De allí que este esfuerzo dirigido a visibilizar esta forma la violencia ginecológica, como forma de violencia basada en el género e interseccional, se constituya en un importante problema de salud pública. No solo por su frecuencia, que como ya hemos visto es abrumadora, sino por los enormes y duraderos impactos que puede traer consigo.

Es importante señalar que este estudio posee como principal limitación su carácter no representativo. Sin embargo, lo anterior no le resta importancia a los resultados, pero limita su capacidad para generalizarlos al conjunto de la población de mujeres y personas asignadas como mujeres al nacer en Chile, dado que incluye una serie de sesgos relacionados con la auto-selección de la muestra (por ejemplo, acceso a internet y que quienes están más motivadas para contestar son, probablemente, son aquellas personas que han vivido violencia en la consulta ginecológica). Pero de todas formas constituye un gran esfuerzo por contribuir a problematizar la violencia ginecológica, porque no debemos olvidar que son sus/nuestras vidas, su potencia, goces, los que están en juego en esta violencia que limita nuestra libertad, daña nuestra sexualidad y puede incluso llegar a cambiar negativamente la percepción del sí misma, volviendo ajenos a nosotras mismas nuestros propios cuerpos. (García, Guzmán, Salinero y Vargas, 2022)

Para analizar la relación existente entre el nivel educacional, la edad y los reportes de violencia ginecológica hemos realizado una serie de correlaciones (ver Tabla 2). Los resultados nos indican una relación negativa y significativa entre el nivel de estudios con las puntuaciones a la escala total ( $r=-.052$ ,  $p<.001$ ), la dimensión violencia psíquica ( $r=-$

.066,  $p < .001$ ) y violencia sexual ( $r = -.031$ ,  $p < .005$ ). Lo anterior implicaría que a menor cantidad de años de estudios formales, mayor es la violencia reportada. Por otra parte, se detecta una relación lineal significativa entre la edad con la puntuación a la escala total ( $r = -.058$ ,  $p < .001$ ), así como con las dimensiones de violencia, psíquica ( $r = -.137$ ,  $p < .001$ ) y física ( $r = .046$ ,  $p < .001$ ). Para el caso de la violencia psíquica podemos indicar que a menor edad mayor nivel en el reporte de dicha violencia. Respecto a la violencia física se nos presenta una relación inversa, a mayor edad se reportan más violencia física y sexual. Del mismo modo, se constata una relación lineal y significativa entre las puntuaciones a la escala total y el impacto reportado en la imagen corporal ( $r = .166$ ,  $p < .001$ ), la autoimagen ( $r = .104$ ,  $p < .001$ ), autoestima ( $r = .108$ ,  $p < .001$ ) y la sexualidad ( $r = .071$ ,  $p < .001$ ).

Las variables que mejor explican el impacto en la percepción del propio cuerpo ( $R^2 = .026$ ,  $F(2,2894) = 38.37$ ,  $p < .001$ ) son la violencia psíquica ( $\beta = .11$ ) y la sexual ( $\beta = .09$ ). Los cambios en la autoimagen ( $R^2 = .025$ ,  $F(2,2894) = 19.86$ ,  $p < .001$ ) son explicados por la violencia psíquica ( $\beta = .103$ ) y la edad ( $\beta = -.042$ ). Los efectos en la autoestima son explicados por ( $R^2 = .019$ ,  $F(2,2894) = 19.17$ ,  $p < .001$ ) la violencia psíquica ( $\beta = .094$ ), la violencia sexual ( $\beta = .060$ ) y la edad ( $\beta = -.056$ ). Por último, los efectos más profundos en la vida sexual ( $R^2 = .012$ ,  $F(2,2894) = 13.09$ ,  $p < .001$ ) serían parcialmente predichos por la violencia psíquica ( $\beta = -.054$ ), la edad ( $\beta = -.069$ ) y la violencia sexual ( $\beta = .056$ ). Es decir, la percepción de haber sufrido más violencia ginecológica en las diversas formas que hemos indagado, permiten predecir parcialmente el impacto diferencial en diferentes esferas de la vida de las participantes. Así, una menor edad al momento de ocurrir la violencia predice mayor impacto en la percepción del propio cuerpo, la autoimagen, la autoestima y la sexualidad.

En relación a la manera de enfrentar los efectos negativos de la violencia en sus vidas, un 13,8% acudió a atención de salud mental, mientras que un 25,5% recurrió a terapias alternativas y/o redes de apoyo. Al comparar las medias de quienes solicitan atención de salud mental con quienes no lo hacen, constatamos diferencias significativas en las puntuaciones de la escala total ( $t(2895)=12.31, p<.001, d=.66$ ), así como en las dimensiones de violencia psíquica ( $t(2895)=8.24, p<.001, d=.45$ ), violencia física ( $t(2895)=6.96, p<.001, d=.37$ ) y violencia sexual ( $t(2895)=11.95, p<.001, d=.65$ ). También, se constatan diferencias significativas entre quienes acuden a terapias alternativas de quienes no lo hacen en las puntuaciones de la escala total ( $t(2895)=15.28, p<.001, d=.65$ ), así como en las dimensiones de violencia psíquica ( $t(2895)=11.42, p<.001, d=.48$ ), violencia física ( $t(2895)=6.89, p<.001, d=.29$ ) y violencia sexual ( $t(2895)=3.92, p<.001, d=.60$ ). Los estadísticos anteriores muestran, como podía suponerse, que quienes reportan mayores niveles de violencia son quienes más recurren a ayuda, tanto al interior del propio MMH como a terapias alternativas y otras redes de apoyo.

Entre las situaciones de violencia que con más frecuencia han tenido que experimentar las participantes de la encuesta se encuentran: realización de procedimientos que se juzgan como intencionalmente dolorosos (80,2%), solicitud de desvestirse aunque no tuviese relación con el motivo de consulta (61,7%), sentirse infantilizadas o ignoradas al realizar consultas sobre su salud ginecológica (60,1%), sentir que sus preguntas o consultas no eran apropiadamente atendidas por el personal de salud (58,2%), recibir comentarios inapropiados referidos a su cuerpo y/o genitales (56%), recibir tactos inapropiados (49,4%), haber sido medicadas sin que se le explicara por qué y de qué modo dichos medicamentos podían afectar su salud (31%), recibir comentarios que juzgaban sus prácticas sexuales o se referían a ellas en tono moralizante (27,1%), haber sido regañadas o

amenazas por parte del personal médico (25,9%), realización de procedimientos sin guantes (8,7%), introducción de objetos inapropiados para el procedimiento (4,9%) y acoso sexual (4,5%). Cabe señalar que 8 mujeres (0,3%) señalaron haber sido violadas en la consulta ginecológica. Del total de participantes que reportaron haber vivido violencia ginecológica, un 23,9% siente haber vivido violencia sexual en alguna de sus atenciones ginecológicas, pero sólo un 2,5% realizó una denuncia por ello. Un 3,2% intentó hacer la denuncia, pero no se la recibieron. Entre quienes denunciaron un 62,5% declara haber sufrido malos tratos por el hecho de denunciar los hechos.

## Discusión

Siete de cada diez participantes han experimentado la violencia ginecológica alguna vez en sus vidas al interior del sistema de salud, revelando una imagen de la consulta ginecológica y de la ginecología como práctica médica donde abunda la violencia, el maltrato y el abuso. La jerarquía y asimetría de poder, en conjunto con el prestigio social de la disciplina traza distancias que imposibilitan a quienes acuden a dichos servicios ser reconocidas como sujetos, más bien ocurre que son objetivadas y cosificadas (Castro, 2014). En este contexto sus voces no son escuchadas, sus dolores e inquietudes son minimizados, si no negados, y en su lugar se instala el miedo y la amenaza. Jessica Benjamin (2012) plantea desde una perspectiva intersubjetiva que para que el sí misma/o pueda experimentar plenamente su subjetividad debe ser reconocido por otro/a, cuestión que sabemos por los resultados de esta tesis que no se está produciendo. En este sentido podemos decir con propiedad que la ginecología produce y reproduce la violencia contra

las personas asignadas mujer al nacer, siendo una extensión de la violencia estructural que vivencian cotidianamente.

Si ya nos parecen preocupantes dichas cifras éstas crecen aún más cuando quien responde declaran sentirse parte de una etnia originaria o identificarse como afrodescendiente. Lo anterior no hace sino afirmar el carácter interseccional de la violencia ginecológica, en la cual las diferentes categorías de opresión se superponen y operan conjuntamente intensificando la violencia. Así la violencia se puede incrementar de acuerdo con los prejuicios de cada profesional de salud, pero también debido a la violencia estructural a la que se ven expuestas estas comunidades (los cuerpos de las mujeres afrodescendientes están mucho más sexualizados que el de otras mujeres y ello puede considerarse, entre otras cosas, un factor de mayor exposición a la violencia, tal y como ellas reportan), cuestión que la torna más compleja y que requiere de cambios profundos para su erradicación.

A pesar de que existen diversos estudios que plantean desde hace más de cuatro décadas la necesidad de transformar las prácticas ginecológicas, que como plantean Kaiser & Kaiser (1974) los problemas médicos de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer son fundamentalmente problemas sociales y políticos, que atañen al control de la sexualidad y el cuerpo. Desde hace tiempo la disciplina está viviendo un proceso de feminización, cuestión que a diferencia de lo que se pensaba no ha significado un cambio sustancial de la práctica (Pozzio, 2016). Más bien asistimos a la reproducción de dicho control y dominación, lo que demuestra como plantea Castro (2014) que esto responde también a un habitus propio, gestado desde la formación en las escuelas de medicina, tanto como en la residencia y en la especialización, que posibilita la violencia y el abuso sin importar el género de la o el profesional.

Cuando constatamos que acudir a una consulta ginecológica puede generar cambios negativos en la percepción del sí mismas/os, de la autoimagen, del cuerpo y la sexualidad, estamos frente a una situación de una gravedad extrema, más aún si estos cambios son producidos por la experiencia de violencia psíquica, física o sexual. Así la violencia psicológica y sexual han sido las que mejor exponen el impacto negativo sobre la percepción del cuerpo. Muchas personas respondieron haber sido juzgadas y criticadas por el personal de salud por su apariencia y por su cuerpo (29,9%), como asimismo por sus prácticas sexuales (19.6%) y también tuvieron que escuchar comentarios inapropiados de índole sexual referidos a su cuerpo o sus genitales (18%). Todas estas cuestionen redundan en una invasión e intromisión en ámbitos tan sensibles como el del cuerpo y la sexualidad que van mellando la percepción de sí mismas. Incluso puede generar, en el caso de la práctica sexual, en una disminución de ésta por largos períodos (Salinero y Cárdenas, 2021). Incluso un grupo significativo respondió haber sido víctima de violencia sexual por parte del médico o de algún integrante del equipo médico de salud (9,5%) lo cual evidentemente repercute en la vivencia de la sexualidad y de suma gravedad. Todo lo anterior teniendo presente que la examinación ginecológica, como ya he indicado, produce gran ansiedad y a la cual a pesar de ellos asisten miles de mujeres cada año en nuestro país como un nuevo mandato de género y como la única forma autorizada de cuidar de nuestra salud sexual (Ehrenreich, 2018).

Sabemos que la orientación sexual diferente a la heterosexual es castigada en la consulta ginecológica (Agrupación Lésbica Rompiendo el silencio, 2018). La trasgresión de roles de género esperados para quienes han nacido mujeres es frecuentemente tema de discusión con las pacientes, lo cual muchas veces provoca el deambular por diversas consultas o simplemente dejar de asistir (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y

Obstétrica, 2020). Todo lo anterior hace patente la necesidad de visibilizar y valorar la multiplicidad de formas en que se vive la sexualidad en la consulta ginecológica (Brown, Pecheny, Tamburrino, et al., 2014) Para las mujeres lesbianas la examinación ginecológica, que implica muchas veces estar desnudas frente a un profesional varón, le añade una dimensión de amenaza de agresión sexual en su imaginario social (Cárdenas y Salinero, 2023) pues como sabemos existen los ataques y violaciones correctivas para las personas lesbianas.

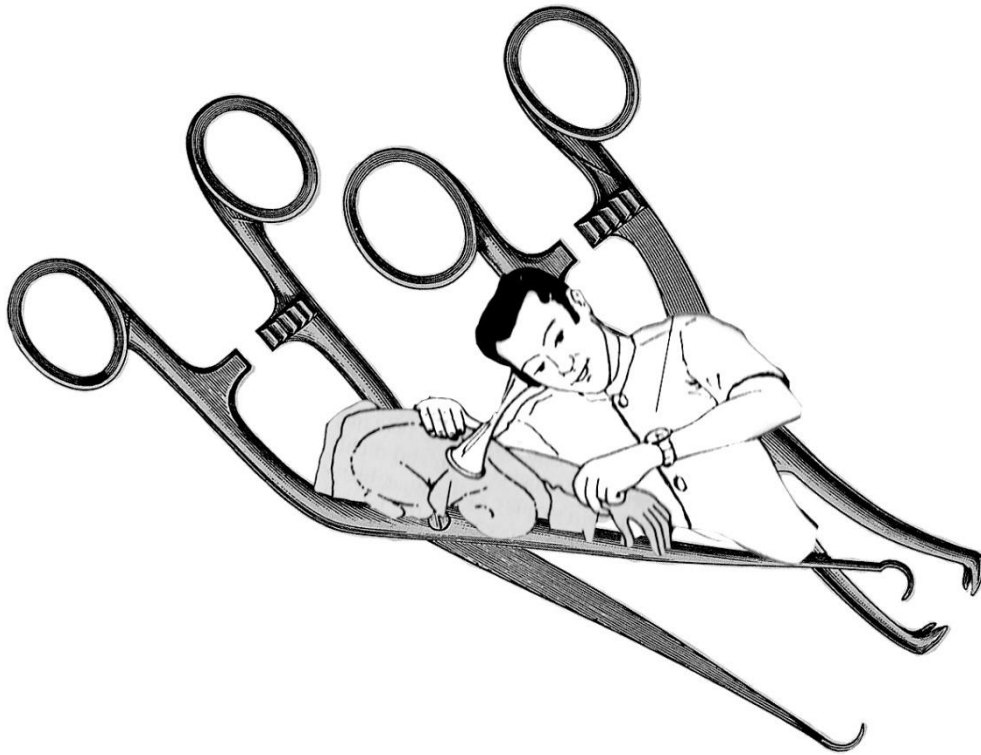
Estas formas de violencia se encuentran tan normalizadas y legitimadas que ese produce independiente de si tienen capacidad de pagar por una salud privada o si debes conformarte con la que ofrece el sistema público, aunque los resultados obtenidos de los análisis indican que en esta última la violencia tiende a hacerse más explícita y directa, menos mediada y como hemos dicho más intensa en quienes adscriben a categorías subalternizadas en nuestra sociedad. Si las mujeres o personas asignadas mujeres al nacer se quejan son castigadas de diversas formas, algunas de ellas muy dolorosas. Sujetas a la arbitrariedad y el abuso de poder por parte de quienes trabajan al interior del sistema médico, quienes muchas veces hacen aparecer la atención de salud ginecológica que se les brinda como una especie de favor (Salinero, 2021). Esta naturalización podría hacer incluso que muchas mujeres y personas asignadas mujeres al nacer que experimentan violencia puedan no ser capaces siquiera de detectarla.

El impacto reportado en la autoimagen, la autoestima, la forma de percibir su cuerpo y vivir su sexualidad es muy relevante para entender la dimensión política de esta violencia, que se dirige específicamente a dañar la experiencia del cuerpo y la sexualidad, colaborando con ello a perpetuar la dominación. Hacerles sentir menos fuertes, más dependientes, inseguras, tristes, deprimidas, queriendo menos su cuerpo, son consecuencias

del impacto de la violencia ginecológica. El daño generado por la violencia médica se traduce muchas veces en consultas de salud mental. Los resultados indican que mientras mayor es el impacto de la violencia, mayor es la posibilidad de que se deba recurrir a profesionales de salud mental, y podría deducirse que también podrá ser mayor la medicalización. En nuestro parecer existe evidencia de que el modelo de salud está generando iatrogenia, pero que la responsabilidad por la recuperación debe ser asumida de forma privada, como si atañera a esa persona que fue violentada y no a un sistema que produce violencia. Es por esto por lo que es necesario nombrar la violencia vivida en estos espacios como violencia ginecológica, pues cuando los fenómenos no tienen un nombre parecieran no tener existencia, y si no se pueden ver no se pueden modificar. De allí que este esfuerzo dirigido a visibilizar esta forma la violencia ginecológica, como forma de violencia basada en el género e interseccional, se constituya en un importante problema de salud pública. No solo por su frecuencia, que como ya hemos visto es abrumadora, sino por los enormes y duraderos impactos que puede traer consigo.

Este estudio tiene una serie de limitaciones, de las cuales la principal es su carácter no representativo. Lo anterior no le resta importancia a los hallazgos, pero limita su capacidad para generalizar los resultados al conjunto de la población de mujeres y personas asignadas como mujeres al nacer en Chile, dado que incluye una serie de sesgos relacionados con la auto-selección de la muestra (por ejemplo, tener acceso a dispositivos conectados a internet y quienes están más motivadas para contestar son, probablemente, quienes sienten que han tenido experiencias de violencia en la consulta ginecológica). Pero de todas formas constituye un esfuerzo por contribuir a problematizar la violencia ginecológica, porque no debemos olvidar que son sus/nuestras vidas, su potencia, goces, los que están en juego en esta violencia que limita nuestra libertad, y puede incluso llegar a

cambiar negativamente la percepción del sí misma, volviendo ajenos nuestros propios cuerpos (García, Guzmán, Salinero y Vargas, 2022).



Sin título, collage digital, 2019.

## Capítulo 7

### Discusión general y conclusiones

La violencia es un modo externo de relación social entre partes que tienen una posición desigual y un diferencial de poder, y en que una de ellas restringe la autonomía y las posibilidades de ejercicio de libertad de la otra. Se trata de un tipo de relación caracterizado en la negación del otro/a, en donde la parte que niega es un agente activo en dicho proceso y que se da dentro de un marco institucional que no opera sólo como un telón de fondo donde ocurre la violencia, sino como una situación temporal y espacial significativa, marcada por relaciones sociales que crean, interpretan y utilizan los significados presentes en el mismo. En este sentido, el concepto de violencia simbólica (Bourdieu, 2000) resulta sumamente relevante en tanto apuntaría a una forma de violencia cotidiana, mediante la cual los esquemas de percepción y valorización del carácter de una relación de dominación son los desarrollados desde el lado del dominador. Es decir, se imponen dichos esquemas a las y los sometidos, naturalizando o presentando como inevitable su propia situación. Es precisamente en la estructura de dominación patriarcal donde podemos situar la matriz originaria de esa violencia, funcionando de forma más o menos directa a partir de ataques físicos, sexuales o emocionales, o de forma indirecta a partir de lo que Rita Segato (2003) denomina violencia moral, que interioriza en la víctima, en este caso las mujeres y las personas asignadas al nacer como mujeres, el sistema de dominación y la hace aceptar dicha dominación. La violencia moral, por su invisibilidad y capilaridad, es la forma más cotidiana y eficaz de subordinación y opresión femenina (Segato, 2003). Es socialmente aceptada y validada, así como de difícil percepción por

manifestarse casi siempre solapadamente, confundida en el contexto de relaciones aparentemente afectuosas o de cuidado.

A lo largo de esta tesis he tratado de mostrar cómo la violencia obstétrica y ginecológica se constituyen como formas de violencia de género, dando cuenta de una expansión hacia el campo de la salud sexual y reproductiva de la violencia que vivimos cotidianamente y en los distintos ámbitos de nuestras vidas quienes hemos sido asignadas al nacer como mujeres (Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres, 2015; Cárdenas y Salinero, 2023; Valdebenito, 2018). Del mismo modo, he intentado poner de manifiesto cómo nuestros cuerpos se encuentran efectivamente regulados, controlados, normativizados y condicionados por un sistema de género diferenciador y discriminador, que se apoya en instituciones específicas (incluida la institución médica). El cuerpo constituye un núcleo central de la experiencia, y cualquier acción que sobre él se ejerce tiene un impacto sobre la identidad y la vida que la padecen. Dicho cuerpo ha sido producido históricamente como un cuerpo sexuado y por ello se han diseñado dispositivos de salud, que no tienen equivalentes entre las personas asignadas al nacer como varones, y que nos acompañan durante todo nuestro ciclo vital (Bush, 2000). Una de las consecuencias principales es la producción de tecnologías para intervenir sobre procesos fisiológicos vinculados a la sexualidad (menstruación, parto, menopausia, etc.) en vista a controlarlos o modificarlos, mediante la operación de un proceso de patologización y medicalización de los mismos.

A lo largo del recorrido que he planteado en esta tesis ha quedado en evidencia que la violencia ginecológica (que incluye la violencia obstétrica como un tipo específico de ésta) es una práctica muy arraigada, de enorme magnitud, y parte de la experiencia común de las mujeres. He intentado mostrar como en ella se intersectan factores de tipo cultural e

institucional, pero también interpersonal. Se trata de una experiencia difícil de reconocer debido a lo naturalizadas y normalizadas que se encuentran muchas prácticas indebidas en el campo ginecológico, así como por la dificultad para denunciarla y comprobarla. La violencia cultural a la que apunté es de carácter simbólico y se utiliza para legitimar la violencia estructural y directa, haciéndolas aparecer incluso “cargadas de razón”. Esta extensión de los prejuicios culturales al campo de la salud ginecológica se basa en factores estructurales (existencia de jerarquías y asimetrías de poder evidentes) que permiten que la violencia se exprese y legitime independientemente de los intentos de los proveedores de atención médica de brindar una atención sanitaria adecuada, dado que es un tipo de violencia arraigada en la cultura y reproducida a través de las instituciones del MMH, que legitima y protege el trato discriminatorio hacia las mujeres. Lo anterior no hace sino mostrar cómo la ideología patriarcal se instala en todos los ámbitos relevantes de la vida. De allí que lo que propongo es que en la relación que se da entre médico/a “paciente” en el ámbito ginecológico, es la legitimación de la violencia.

## Violencia ginecológica, trauma relacional y destrucción de los supuestos básicos

La violencia ginecológica se da dentro de una relación que se supone de antemano como de cuidados, y de allí el carácter traumático de la misma, así como sus profundos e indelebles efectos en la vida. Allí radica la importancia del concepto que he propuesto de “retóricas del cuidado”, puesto que dichos discursos que afirman ayudarnos se utilizan muchas veces para dañar. El daño infringido se encubre mediante alusiones al cuidado y

conductas de ayuda, destruyendo el pacto de confianza (fiduciario) que debería estar en el centro de la relación médico-paciente. Cuando este pacto se rompe los efectos de la violencia pueden ser aún más devastadores, pudiendo transformar profundamente la experiencia sobre sí mismas, su sexualidad y su relación con su entorno, llevándolas a realizar acciones que no siempre resultan protectoras de sí mismas y de su salud. El daño infligido se vuelve aún más significativo cuando se origina en personas en las que se confía para cuidarnos. De allí que la violencia obstétrica y ginecológica, produzcan un profundo impacto en quien la vivencia. Este impacto lo he planteado, siguiendo a Jessica Benjamin (2012), como un trauma relacional, en tanto niegan a la otra/o persona impidiendo el reconocimiento intersubjetivo en el que se basan las relaciones humanas y la subjetividad e impiden la emergencia del sí misma.

El trauma se define como una lesión o daño causado por un agente externo (Moliner, 2012). En el campo de la violencia ginecológica y obstétrica dicho trauma se expresa como una profunda herida física y psíquica, la que ocurre al momento de traspasar los límites del cuerpo con fuerza (Längle, 2009). El impacto de la violencia fue nombrada por las narradoras como una herida, una herida que se mantiene abierta, a pesar de todo el esfuerzo que han puesto en sanar, en seguir adelante, y a pesar de las transformaciones que han logrado hacer para recuperar sus vidas, sus cuerpos, su sexualidad y su relación con los otros/as. He intentado mostrar el proceso mediante el cual se produce la emergencia de una conciencia ético-crítica que las ha llevado a vincularse con otras, al reconocimiento mutuo en el dolor, pero también la denuncia y la acción. La herida está allí, es parte de cada una y vuelve en activarse en ciertos momentos o frente a ciertos eventos. Frente a los relatos de otros partos (iguales o mejores), al pasar fuera de un hospital (como se mencionó en los

grupos de discusión), en las fechas de los cumpleaños de las y los hijos que nacieron junto a esa violencia, al revisar las fotos o videos de un parto que no fue el que esperaban y merecían. La herida también se activa como parte de nuestra memoria corporal, y en este sentido se relaciona con las emociones encarnadas.

La herida física de la cesárea, esa cicatriz que es la marca del nacimiento en nuestro contexto, muchas veces se configura como un recordatorio del traspaso de los límites por parte del personal de salud y refuerza la herida psíquica, la marca dejada por la violencia, que daña nuestra percepción del cuerpo y también nuestra autoimagen. También este recordatorio se da en las secuelas corporales que dejan ciertos procedimientos, como la episiotomía, un corte que deja una herida que se impone como marca para los primeros partos, realizada en forma rutinaria, sin evidencia científica alguna que la avale (Kitzinger, 2015; Sadler, 2022), y que se realiza sin consentimiento violando los más elementales derechos de las mujeres y personas asignadas al nacer como mujeres (Moura et al., 2017). Las marcas y huellas corporales son ante todo un recordatorio de la posición subordinada que tenemos en una sociedad patriarcal. Son el estigma que señala y apunta, que nos inhabilita para la plena aceptación social, dado que nos habla de nuestro inferior estatus moral y nos desacredita como sujetos e inhabilita para el reconocimiento pleno. Poco se ha dicho aun respecto a las secuelas y al daño que ese procedimiento produce (desgarros dolorosos y difíciles de recuperar, secuelas asociadas como fistulas, incontinencia urinaria, incontinencia fecal) las que solo se pueden reparar a través de una nueva cirugía, lo cual obliga a quienes han sido agredidas a volver a atenderse al interior del propio sistema médico que las ha agredido y dañado. Fue Marsden Wagner (1999) quien llamó la atención

sobre la episiotomía como la mutilación genital de occidente, practicada sin justificación y causante de daños que serían perfectamente evitables.

La Asociación española “El Parto es Nuestro” (2013) también se detiene sobre la episiotomía como mutilación genital femenina, señalando que es realizada sin ninguna justificación por prestadores de salud, produciendo un gran daño a la sexualidad e identificándola como una forma de castigo. Comparten los porcentajes de episiotomía para el año 2008 en la Comunidad Europea, que para las danesas era de 10% mientras que para las españolas de 82%. En nuestro país el porcentaje es de 43,2% (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, 2020), lo que implica que en realidad se les realiza a casi todas las mujeres que no tuvieron un parto por cesárea. Es decir, se realiza de forma rutinaria y sin otra justificación médica que no sean los propios prejuicios del personal de salud. Se trata de una práctica desaconsejada por el Ministerio de Salud chileno (2008) y también por la OMS (2018) en sus recomendaciones para la asistencia del parto. La episiotomía es una forma de nombrar la mutilación genital (Sadler, 2022), invistiéndola de legitimidad médica a través de las ya mencionadas “retóricas del cuidado”. Se trata, tal como he venido afirmando, de una huella que dejan en nuestro cuerpo, un recordatorio de nuestra posición subordinada.

El concepto de trauma relacional en la violencia obstétrica y ginecológica es sumamente significativo, ya que nos ayuda a expresar la magnitud que puede llegar a tener dicha violencia en quien la experimenta, alterando o llegando incluso a destruir los supuestos sobre nosotras, el mundo y los demás (Janoff-Bulman, 1992). Se trata de experiencias que marcan tan profundamente nuestras vidas que nos hacen dudar de quienes somos. Nuestras creencias respecto de cómo actuaríamos frente a una violencia gratuita, de

la capacidad que tendríamos de oponernos frente a eventos que cuestionan nuestra autonomía o nuestro sentido de justicia, se ven profundamente alteradas. No nos reconocemos en nuestro actuar, no nos parecemos a quienes pensábamos que éramos. Del mismo modo, dichas experiencias cuestionan nuestras creencias sobre el orden del mundo y sobre quienes lo habitan junto a nosotras. El mundo próximo deja de ser un lugar seguro, el otro deja de ser fuente de reconocimiento y se transforma en un sujeto potencialmente destructivo. Se trata de un proceso que niega nuestra autonomía, dado que el ejercicio de la misma requiere del reconocimiento intersubjetivo, del otro/a, cuestión que no sucede en el espacio de las consultas ginecológicas ni obstétricas en nuestro país..

### Posición obligatoria: una idea imagen evocadora de nuestra experiencia en la consulta ginecológica

He propuesto la posición obligatoria como parte del imaginario que condensa la experiencia dentro de la consulta ginecológica y obstétrica. La posición física en la consulta ginecológica no es sino el correlato de nuestra posición social subordinada, de esa posición en que se nos sitúa dentro del orden de género patriarcal. En la consulta nuestras voces no son escuchadas y nuestros intereses no son tenidos en consideración. El otro/a, el médico/a, es el lugar supuesto del saber, que le autoriza a tomar decisiones por nosotras. Ciertamente que en muchas ocasiones se trata de un proceso más sutil en que se nos va guiando y doblegando para tomar las decisiones que consideran pertinentes, casi siempre con prescindencia de nuestra comprensión y de nuestros deseos. Debemos permanecer obedientes y sometidas, mientras desdeñan el conocimiento que tenemos del cuerpo propio, estableciendo así relaciones de jerarquía y superioridad. Se trata de unas disciplinas (la

ginecología y la obstetricia) profundamente conservadoras que tienen como función supervigilar la reproducción social, mediante el recurso de la naturalización de la feminidad que opera prescribiendo comportamientos (incluidas las demandas de nuevos roles de género como los exámenes rutinarios) y formas de ser en la relación (jerarquías). Esta naturalización cumpliría una función central de disciplinamiento (Federici, 2004) puesta al servicio de la reproducción social. Se trataría de todo un proceso de organización de la desigualdad, el cual es marcado socialmente por posiciones específicas en la jerarquía que son reproducidas mediante imágenes concretas que aluden a la posición física en el espacio de la consulta. Así las cosas, nuestro “valor social” depende de nuestra capacidad reproductiva. De allí el desprecio que he podido constatar en varios de los artículos presentados hacia quienes se atienden dentro del MMH, y que no consienten en someterse a los mandatos del género y la reproducción. La objetivación ha operado de tal manera, que las y los profesionales ya no ven en nosotras sino un órgano o partes del mismo, colonizados con sus nombres propios, y cuyo valor consiste en su potencial para la reproducción (Ehrenreich, 1993; Kapsalis, 2002). Nuestro útero tendrá un valor si pertenecemos al grupo de las personas “reproductivas”, pero si ya hemos cumplido esa función o somos mayores nos constituyen como un objeto degradado. De allí que no resulte extraño que nos encontremos en los estudios que he presentado con abundantes relatos sobre histerectomías parciales o totales que ocurren frente a miomas o quistas en mujeres en edad no reproductiva, o de otros en que se extreman los cuidados cuando se está en edad reproductiva para proteger nuestros úteros como si fueran objetos valiosos.

La posición en la camilla o la silla no es trivial o casual. Es una posición que nos deja expuestas y desprotegidas, que entrega al otro (el médico) el poder sobre nuestros

cuerpos y que posibilita el ejercicio de la violencia ginecológica. Se trata de una posición que reproduce y refuerza la subordinación de las mujeres y lo femenino en la sociedad, que nos recuerda la capacidad siempre presente de lo masculino de dañarnos, que nos priva del control de la situación. Yacemos inmóviles, sin poder ver, sin voz, mientras nos introducen objetos y nos auscultan. Propongo que esa posición no es casual, que se trata de un ritual fundamental para el control del cuerpo, un ritual de sometimiento consentido. En esa posición obligatoria se condensan muchos, demasiados, significantes sociales.

La posición física que debemos adoptar sobre la camilla ginecológica para los exámenes de rutina requiere dejar de lado rápidamente lo que nos han enseñado acerca del pudor, del manejo del cuerpo y sus posturas (mantener las piernas juntas), justificado por el llamado a cuidar de nuestra salud reproductiva (Bush, 2000). Nos encontramos en posición de litotomía, es decir, acostadas boca arriba, mientras mantenemos las piernas levantadas sostenidas por unas perneras. Vestidas únicamente con una bata que cubre la parte superior de nuestro cuerpo, dejando nuestros genitales totalmente expuestos. Todo esto ocurre en un ambiente frío, con una persona la mayor parte de las veces desconocida, con la cual solo hemos hablado brevemente. Se trata de una de las situaciones rutinarias que causa mayor estrés entre todas aquellas a las que deben someterse las mujeres en el campo de la salud (O'Laughlin et al, 2021) y además con la expectativa de que se produzca o no la violencia de la examinación anterior. A pesar de ser tan frecuente se trata de un procedimiento desconocido (Salinero, 2023), dado que no existe educación ginecológica (Latta & Wiesmeier, 1982), ni se nos solicita consentimiento informado que nos permita saber los pasos del examen antes de su realización. Existe ansiedad y la idea de que no podemos

negarnos a realizarlo (Bush, 2000). Se ha naturalizado hasta tal punto que aparece como necesario y normal.

Solo recientemente se ha planteado la necesidad de revisar algunas partes de la examinación ginecológica que no son lo suficientemente efectivas para justificar un procedimiento tan invasivo como lo es la examinación bimanual, existiendo otros tipos de exámenes menos invasivos para obtener resultados más certeros para revisar los órganos internos (ACOG, 2018). En un estudio realizado ya hace algunos años en Chile (Lamadrid, 1996), referido a los temores frente al examen del PAP, una cuarta parte de las mujeres que participaron afirmaron que tenían miedo de que al tomar la muestra les quitaran sus DIU o dispositivo intrauterino para control de la natalidad. Otro de los temores era quedar adolorida o ser regañadas por el personal de salud por no haber asistido antes a realizarse el examen. Para la autora este temor refleja la percepción de las mujeres de que el “personal de salud del consultorio tiene una actitud autoritaria y poco respetuosa que debería modificarse” (1996, p.548). Desgraciadamente esta actitud no se ha modificado, sino que se ha profundizado, tal como lo muestran los resultados de la encuesta GINOBS 2020 en cuyo equipo he trabajado. Allí, un 26% de personas que contestaron la encuesta afirma que recibió retos o amenazas por parte del personal de salud que atendió su consulta ginecológica, y este porcentaje puede aumentar si consideramos el 10,6% siente que esto le ocurrió, pero no está totalmente segura/o de ello (Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica 2020). Esta misma situación es denunciada vivamente por las colaboradoras de los grupos de discusión y que confirma que se establecen relaciones desde la jerarquía y la superioridad, tal como propuse en uno de los artículos de esta tesis.

Pensar la posición como no casual, no consentir la fácil explicación de que se trataría de la mejor posición para realizar exámenes necesarios y útiles, revisar las prácticas, sus orígenes, sus instrumentos reviste todavía una enorme importancia. Solo a modo de recordatorio: la ginecología inicia como disciplina científica experimental vinculado al uso y abuso de mujeres afrodescendientes esclavizadas, siendo sus instrumentos más emblemáticos (el espéculo entre ellos) una tecnología creada para asegurar las capacidades reproductivas de mujeres pobres, por lo que es entendida como práctica eugenésica vinculada al contexto de racismo y esclavitud (Towle, 2022). Cuando se prohíbe el tráfico de personas esclavizadas, la capacidad reproductiva de las mujeres pasa a ser relevante para mantener todo el naciente modo de producción capitalista (Kapsalis, 2002).

Es justamente aquí donde reside buena parte del carácter feminista de mi investigación. Centrarnos como afirma Silvia Federici (2014) en el proceso de reproducción social y no solo de las mercancías. Ampliar el sentido a todas aquellas actividades necesarias para la reproducción de nuestras vidas: trabajo doméstico y de cuidados, sexualidad y procreación. De otro modo, asignar un valor a las actividades reproductivas más allá de la mera apariencia y encontrar las homologías entre la matriz social y las actividades que permiten sostenerla. De allí la importancia que asigno a la posición durante la examinación, pues más allá de su supuesta conveniencia médica, es también un ritual de sumisión a través del cual se nos dice cuál es nuestra posición en el entramado social.

Posición obligatoria, jerarquía y vigilancia

En la posición obligatoria que propongo como expresión de la violencia ginecológica lo que predomina es la vigilancia sobre el cuerpo de las mujeres y personas asignadas mujer al nacer. Un nuevo mandato de género que apela a la responsabilidad en el cuidado de nuestra salud. Estimo que lo realmente importante, como he afirmado más arriba, no es el examen en sí, sino la rutina o la ceremonia que escenifica y refuerza nuestra posición social subalterna. Esta afirmación encuentra asidero en las críticas que autores como Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández (2016) han realizado a la examinación de rutina como una examinación innecesaria y que produce más daños que beneficios en quienes se someten a ella. Del mismo modo, hay autoras que se han referido a dicho examen pélvico como un “asalto sexual” (Ehrenreich, 2018). Cada vez se realizan más intervenciones preventivas en personas sanas (por ejemplo, biopsias por posible cáncer de mama, etc.), pero para Gérvas y Pérez Fernández este aumento en las examinaciones se relaciona más con los beneficios económicos de tener una clientela cautiva cada año en la consulta que con algún indicador de salud. Así, por ejemplo, la frecuencia recomendada para la realización de examinaciones ginecológicas como el PAP varía desde los seis meses (Gobierno de Chile, 2022) en mujeres que han comenzado su vida sexual, hasta los tres años (OPS, 2021) y solo hacerlo desde los 25. La examinación anual sólo sería apropiada y útil para mujeres que tengan algún cuadro de compromiso inmune o alguna enfermedad de base (OPS, 2021).

Esta posición física de litotomía también conocida como posición ginecológica, es la misma que se ha convertido en la hegemónica para el parto (aunque ya no exclusiva) y que se considera contra fisiológica al llevar más presión a la zona pélvica, dificultar los pujos, aumentar el periodo expulsivo y llevar potencialmente a partos instrumentalizados,

como también por aumentar la producción de desgarros (Moura, Prieto & Gerk, 2017). Dicha posición que privilegia la comodidad de la o el profesional, se ha mantenido en el tiempo siendo muy poco lo que se ha intentado variar en la atención ginecológica. Esta posición favorece la asimetría de poder y nos deja en un lugar de mucha tensión y exposición, que se focaliza en nuestros genitales, aludiendo así mismo a una posición socio-simbólica de sumisión y subordinación, que incluye la posibilidad de ser objeto de violencia sexual.

Esta posición obligatoria nos pone en una situación percibida como de vulnerabilidad, lo cual queda muy bien graficado en la obra interactiva de la cineasta sueca Anna Odell titulada “Gynecological Cinema Chair” (2020). La obra resalta que estar en la silla es la “posición de las mujeres” y que esta posición remite a la vulnerabilidad (<https://goteborgfilmfestival.se/en/the-gynecological-cinema-chair/>), cuestión que fue también muy aludida en los grupos de discusión que realicé. La vulnerabilidad entraña la posibilidad de ser herida/o ,recibir daño, de ser perjudicada o afectada, de ser “conmovida, convencida o vencida por algo que se expresa” (Moliner, p.1059). La artista en un viaje a (Polonia) quedó tan impresionada al ver una silla ginecológica en un museo que decidió hacer algo al respecto, llamando también la atención el poco uso crítico que se le ha dado a este aparato desde el ámbito artístico. La experiencia de la silla o camilla ginecológica es una posición que los hombres y personas asignadas como hombres al nacer no llegan a conocer, y que no pueden siquiera imaginar. Para Odell resultaba provocativo ver qué ocurría, pues como decía para ella la silla es una “metáfora” de la vulnerabilidad (aunque mejor deberíamos decir una posición de vulnerabilización) a la cual los hombres no están habituados en nuestra sociedad. En este contexto ella invita a diversas personalidades de la

sociedad sueca y les plantea la pregunta ¿tienes lo necesario para ponerte en el lugar de una mujer? Quienes aceptaron la invitación debieron acudir a un centro de salud, esperar a ser llamados junto a usuarias reales de servicios de ginecología, desnudarse y ser entrevistados en la posición que ya he descrito. De este modo, la silla o la camilla ginecológica parecieran ser más que un simple objeto o aparato para la revisión ginecológica, sino que reviste un significado simbólico que nos lleva a pensar en el poder, la exigencia de sumisión, la sexualización del cuerpo de las mujeres y su permanente amenaza de asalto sexual.

Me he detenido en los aspectos que conforman la escena de la atención en la consulta ginecológica, dado por el gran énfasis que las colaboradoras de los grupos de discusión pusieron al hecho concreto de la posición de litotomía, los elementos (camilla, luces) e instrumentos (espéculo) que se utilizan en la exploración de rutina, como a la interacción con las y los profesionales. Sus descripciones, ancladas en sus emociones y sensaciones corporales, propiciadas por la posición física y también relacional jerárquica que se establece, fueron abundantes en elementos que nos sitúan anímicamente en la escena de la atención: tensión corporal, temor, deseo de “no estar”, contracción y frío, todas ellas congruentes con las investigaciones que sitúan a la examinación ginecológica como una de las que causan mayor ansiedad, al mismo tiempo que lo sitúan como uno de los exámenes más realizados en el mundo (O’Laughlin et al, 2021), y como ya he dicho se ha instalado como parte de nuestros deberes o mandatos de rol de género. No existe algo parecido a la examinación ginecológica dirigido a los varones (en este sentido resulta llamativo que los exámenes que eran potencialmente invasivos para ellos, como el de próstata, fuera

rápidamente mejorado transformándolo en un inocuo examen de sangre, el antígeno prostático) que vigile su cuerpo y sexualidad (Bush, 2000).

Del mismo modo, el carácter ritual de estas intervenciones queda claramente graficado en la permanente insistencia de realizar una exploración ginecológica aun cuando el tema de consulta era evidentemente otro (solicitud de exámenes, de anticonceptivos, de información, etc.). Esta fue una cuestión largamente comentada en los grupos de discusión. Este tipo de situaciones, sumadas a la violencia médica, son cuestiones que han alejado a muchas mujeres y personas asignadas al nacer como mujeres de la consulta ginecológica. De allí también que cada cierto tiempo se realicen investigaciones para detectar por qué no se está acudiendo a los controles de rutina y que se hagan campañas (por ejemplo, la última campaña del MINSAL se llama “Tu vida Importa, Hazte el PAP”) que devuelvan a la población a dichas consultas y que impongan como un deber la realización de exámenes (Hamilton, Method, Rogan et al., 2009; Seehusen, Jonhson, Earwood, et al. 2006; Seymore, DuRant, Jay, et al., 1986; Wrigth, Fenwick, Stephenson & Monterosso, 2005). Se vigila y se sanciona socialmente a quienes son disidentes de la práctica ginecológica y a quienes no consienten el respeto de las jerarquías establecidas. De allí que la mayor parte de experiencias que busca potenciar la educación y la autoatención en salud constituyan una corriente marginal que no ha logrado impacto alguno dentro de la práctica ginecológica hegemónica, aunque lleve más de 40 años intentando mejorar la experiencia de la examinación pélvica (Menéndez, 2018; Olatunbosun et al., 1998). En cualquier caso, esta corriente no habría existido sin la crítica e impacto que ha generado el movimiento feminista en salud que perdura hasta el día hoy (Kaiser & Kaiser, 1974; Hester, 2018, Pérez San Martín, 2015; O’Laughlin et al, 2021; The Boston Women’s Health Collective, 2006).

Controlar minuciosamente el cuerpo e imponerle docilidad, esas serían las funciones de las disciplinas médicas según Foucault (1975). La vigilancia adquiere un rol central en esta perspectiva, dado que permite incorporar la dominación y permite el control ejercido desde dentro de los sujetos que la disciplina contribuye a crear. El examen médico, la revisión rutinaria, permite entonces sancionar la desviación, corregirla (cuando es posible) y controlar a la población. Aquí es donde la violencia ginecológica se nos aparece en toda su magnitud como práctica al servicio de la reproducción social, segmentando y jerarquizando, proscribiendo o expropiando saberes. Revelándose como un control internalizado al servicio de un ritual de reproducción social.

### Emociones encarnadas y memoria corporal

En el artículo referido a las emociones encarnadas pude observar como el collage realizado a partir de las imágenes de los manuales, en las cuales se representa un cuerpo femenino en la camilla y la posición que debemos adoptar para la examinación ginecológica, hizo que surgieran diversas emociones con sus expresiones físicas concretas. Las colaboradoras describieron vivamente ante la imagen ciertas sensaciones y tuvieron reacciones inesperadas para mí: frío, tensión, constricción, vulnerabilidad, disgusto, no querer mirar, dolor en la zona genital, dolor de estómago, entre otros. Fueron descritas con ademanes y gestos, más que con palabras, lo que a mi entender habla de la presencia de lo que denominé como una memoria corporal. Es el cuerpo el que nos habla directamente de sus padecimientos (Miller, 2005), el que se expresa al revivir la escena de la consulta médica.

El cuerpo sería el lugar en que se deposita el recuerdo, y sería también lo que nos permite conectar con otras situaciones de violencia (por ejemplo, violencia política sexual). De hecho, más de alguna mujer, sobre todo las mayores, conectaron la imagen de la consulta con los recuerdos sobre la “parrilla eléctrica” utilizada por los servicios de seguridad en los años de la dictadura. Del mismo modo, esta memoria corporal también activó recuerdos en torno al parto y la crudeza en que se somete a nuestros cuerpos, llevándolo a asimilar la tortura con la situación de parto. En ambos casos opera una ruptura fundamental que involucra nuestra intimidad y sexualidad. Dicho material hizo que se despertara una memoria corporal que vincula el espacio de la consulta con la fragmentación y objetivación de nuestro cuerpo, con la falta de control, con la despersonalización y el sentimiento de ser un objeto reducido a una zona corporal y los órganos que les son asociados, la vulva, la vagina y el útero. Ya no somos una persona ni un cuerpo completo, sino una zona, con una función definida la reproducción.

La asimilación de la ginecología y la obstetricia, de sus instrumentos de auscultación, con los instrumentos de tortura es muy potente y no deja de tener asidero histórico. Baste para ello recordar las extenuantes y dolorosas sesiones por las que debieron pasar las mujeres esclavizadas y contra cuyos cuerpos se obtuvieron los primeros hallazgos disciplinares (Kapsalis, 2002). Sus cuerpos están grabados en el origen de la disciplina y se asocian a la trayectoria de la ciencia misma, en la medida que esta desde sus orígenes se ha acercado a sus “objetos” de estudio mediante instrumentos o artefactos. Estos “objetos” no pueden ser entendidos en toda su riqueza justamente porque la operación de objetualización les despoja de un elemento central, al mismo tiempo que el instrumental deforma ese “objeto” ya recortado por un modo específico de proceder. La idea de poner bajo apremio a

la naturaleza (que está presente y ha sido rectora de buena parte del hacer científico desde el siglo XVII), de extraer su verdad a la fuerza mediante el instrumental técnico, se parece mucho a lo que nuestra colaboradora señala sobre el artefacto de tortura. El objeto de la ginecología, en este caso las mujeres y su salud sexual, es segmentado y objetualizado, separado y reducido a órganos, de modo de intervenirlos, modificarlos, corregirlos y controlarlos. El cuerpo, ese dispositivo socializado, es afectado y disciplinado.

Es el cuerpo, y los efectos disciplinares sobre el mismo, el punto de arranque de una crítica posible. Es justamente en su vulnerabilidad, capacidad de dolerse y padecer, que podemos criticar una norma o una disciplina. Todas aquellas acciones que se ejercen sobre el cuerpo contribuyen a moldearlo y socializarlo. Se trata del modo en que el orden social se infiltra en todos los poros y acciones humanas, operando como una ley desde su interior (Le Breton, 2018). De allí que la desobediencia o indisciplina solo pueda resultar de un arduo proceso de reflexión o acompañamiento con otras.

Las colaboradoras nos dan pistas de cómo las emociones se aposan en el cuerpo. Como las cicatrices, heridas o dolores renuevan recuerdos y van moldeando nuestros cuerpos. Para Sarah Ahmed (2015) es precisamente el reconocimiento e interpretación de las sensaciones y emociones lo que conforman las fronteras de nuestro cuerpo y del mundo, que para la autora son respuestas a las impresiones de objetos y de otros/as. Somos más que las palabras que nos dicen, que los símbolos o imágenes. Somos cuerpo. Esta memoria corporal es la que hace que el miedo, la tristeza o la cólera se asocie a lugares específicos en que el daño opera. Para la autora las sensaciones y las emociones están mediadas, ya que el proceso de reconocimiento de ellas “está ligado con lo que ya sabemos” (Ahmed, 2015, p.55) en este sentido opera la memoria corporal. El cuerpo, entonces, está relacionado con

las emociones, con nuestros temores, ansiedad, inseguridad, vulnerabilidad, señalando justamente la imposibilidad de separar la experiencia vivida en las atenciones ginecológicas de este imaginario social que opera sobre nosotras, y que nos exige un imposible: desconectar el cuerpo de la persona que somos.

Si resulta cierto que las emociones están encarnadas, entonces contar con los saberes del cuerpo, con las experiencias de las colaboradoras, con los saberes que poseen y portan, aunque lo desconozcan, resulta de enorme importancia. Se trata de un saber que debe ser tenido en consideración a la hora de investigar cualquier tema, del cual no se puede prescindir si deseamos obtener una imagen ajustada de la realidad que investigamos. Del mismo modo, así como no es posible prescindir de saberes encarnados, no podemos desconocer que nos mueve un interés justo y legítimo, unas posiciones y valores, que lejos de ser impedimento para la investigación pueden impulsar nuestras indagaciones un paso más allá. Esto en la medida en que contamos con los saberes de las y los otros. De allí que nuestra metodología no pueda ser sino activista o militante (Hale, 2001; Malo, 2004), esto es una investigación que se hace junto a otras, contando con su experiencia y saber encarnado, y que es la única alternativa para hacer investigación transdisciplinaria, entendida ésta como un diálogo de saberes que asume la inconmesurabilidad entre las diferentes formas de conocer (Cárdenas, 2022).

## Efectos y consecuencias de la violencia ginecológica y obstétrica

Juzgar unas prácticas por las consecuencias que tiene para la vida de una comunidad en general y para la vida concreta de las mujeres en particular, ha sido una idea rectora de

este trabajo de investigación. En este sentido he planteado una crítica ético-política de una serie de prácticas violentas que nos niegan a las mujeres y personas asignadas mujer al nacer, y que afectan de modo notorio nuestro bienestar y calidad de vida. He partido desde las consecuencias porque son justamente los efectos de una práctica médica violenta los que nos permiten juzgarla.

He podido constatar que dentro de los efectos y consecuencias más significativas de la violencia ginecológica y obstétrica a nivel individual se encuentran la desconexión con el propio cuerpo y la dificultad para ejercer autonomía en la vivencia del cuerpo y su sanación. Las definiciones más tradicionales de la violencia obstétrica hablan de una apropiación, que sugiere la imposibilidad de tomar decisiones, pero también de la necesidad de recuperar una conciencia corporal expropiada. Esta recuperación puede cursar diferentes rutas, pero una de las que aparece como más interesante es emprender el camino de la recuperación de la capacidad de autoatender nuestra salud (Menéndez, 2020). Frente a la creciente e incesante descalificación que produce la medicina moderna en las personas (Illich, 1975), la autoatención constituye una interesante vía de exploración y aprendizaje. Se trata de un sugestivo proyecto que ve la salud como un ejercicio comunitario y que permite a las y los individuos calificarse en la atención de problemas y enfermedades más simples, y donde las y los mismos médicos pueden cumplir un importante rol como instructores o asesores de la comunidad. Se trata de la tarea emprendida bastantes años después por colectivas como Mujeres de Boston, quienes han generado manuales para ayudar en dicho proceso (nuestros cuerpos, nuestras vidas, 2006), o con las más recientes publicaciones que recuperan saberes ancestrales y nos impulsan a la ginecología natural, labor que ha llevado adelante en nuestro país Pabla Pérez San Martín (2015).

En el nivel social el MMH ha producido dramáticos efectos al descalificar los saberes de las mujeres, que permitieron, por un lado, tener un conocimiento y control de su cuerpo, así como de sus procesos reproductivos al margen de la vigilancia médica que domina hoy día; y por otro lado, asistir a otras mujeres, cuidar mutuamente de su salud a través del uso de hierbas y mantener saludables lo mejor posible a sus familias frente a las condiciones socio ambientales que degradaban la salud de las personas (Ehrenreich y English, 2010).

La historiadora María Soledad Zárate (2018) nos relata las transformaciones que hicieron que desde los saberes populares, nuestra sociedad se encaminara hacia la profesionalización de enfermeras, matronas y asistentes sociales impulsadas por las políticas de salud en vistas a reducir la alta tasa de mortalidad infantil que registraba nuestro país a principios del siglo XX. Esas políticas públicas han tenido continuidad hasta nuestros días mediante programas como los denominados control niños sano y el programa Chile Crece Contigo (2008). En este contexto señala como muchas enfermeras estaban en contacto con la medicina popular en sus visitas a las mujeres que vivían en las zonas rurales y suburbanas, medicina que era despreciada por las autoridades médicas por la idea de que estas prácticas eran las que enfermaban a las y los niños y no las condiciones sanitarias deplorables de la época (Zárate, 2018). En esta operación de reemplazo, el MMH se fue validando, tanto por su capacidad para curar eficientemente un gran número de enfermedades como por el discurso que lo acompañaba, y que consistía en exponer a la salud como un derecho (Belmartino, 1987). De allí también el enorme aumento de la demanda por atenciones de salud y la descualificación progresiva de las comunidades para atenderla y sanar de la enfermedad. Al mismo tiempo se desbarató y deslegitimó el saber

popular, la medicina tradicional y la partería, haciendo muy complicado un diálogo entre ambos mundos (Zárate,2018).

Con todo, en mis grupos de discusión escuché con avidez como las mujeres jóvenes buscan en el conocimiento campesino y popular entorno a la sanación, una forma de liberarse y vivir sus cuerpos, sexualidad y salud de manera menos invasiva y dependiente. También pude escuchar otras formas de nombrar los procesos fisiológicos que resulta sumamente interesante. Ya no más embarazo, sino gestación, no más menopausia sino plenopausia. Lo anterior, da cuenta de un movimiento que se está creando entre las mujeres, del desarrollo de una conciencia crítica que apunta a recuperar el control sobre el cuerpo propio, que busca construir nuevos significados, relacionarse desde un lugar de afirmación de la vida y de sus etapas. Muchas veces esta es la respuesta a largos tratamientos hormonales y las ganas de volver a algo más natural que sea posible de ser autogestionado comunitariamente, en el que se rompa la dependencia y que resulte menos costoso. Todas estas prácticas se encaminan hacia la construcción de autonomía, frente a la jerarquía y poder de la ginecología. Cada vez surgen más grupos de intercambio de saberes, y la práctica de la ginecología natural fue una de las más mencionadas. Esta tiene ya una larga data que proviene del movimiento de mujeres por recuperar nuestros cuerpos y devolvernos el protagonismo de nuestras vidas.

## Imaginario sociales e interseccionalidad

Si bien el imaginario social dominante sobre los cuerpos de las mujeres los instala como cuerpos necesitados de asistencia, cuerpos enfermos y patologizados, conviven con

este imaginario otros muchos que pueden oponérsele. El imaginario dominante impulsado por el MMH jerarquiza en torno a la adscripción a las diversas categorías de opresión. Así, por ejemplo, se presenta a las mujeres pobres como pasivas y flojas, que descuidan su salud, y a las mujeres inmigrantes como hiper reproductivas (Herrera-Vacaflor, 2020). Las mujeres afrodescendientes son vistas como más fuertes y menos necesitadas de asistencia (Davis, 2018) y las lesbianas como personas que no requieren ciertos exámenes al no tener relaciones sexuales coitales (Basualto et al., 2023). En este sentido el estudio de los imaginarios nos abre a la posibilidad de dar importantes reflexiones que se relacionan con los tratos recibidos al interior de la consulta ginecológica y obstétrica, considerando las interrelaciones de las categorías sociales de opresión.

Una conclusión derivada de la investigación que he realizado es el marcado carácter interseccional de la violencia ginecológica y obstétrica. Así como existen diferentes imaginarios, también hay formas específicas de violencia para cada grupo. Si bien, como ya hemos señalado, la violencia ginecológica es una experiencia común de las mujeres y las personas asignadas mujeres al nacer, la expresión de la violencia varía dependiendo las categorías sociales a las que dichas personas pertenezcan. Hemos podido apreciar cómo en el contexto chileno esta violencia se intensifica sobre ciertos grupos y tiene una expresión distinta según a qué colectivos pertenezcan las personas. De otro modo, la violencia ginecológica posee un marcado carácter interseccional que modula sus formas de expresión.

La interseccionalidad implica asumir el hecho de que las categorías a las que pertenecen las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer (étnicas, de clase social, identidad de género, etc.) se superponen entre sí, creando múltiples niveles de desigualdad

e injusticia. La interseccionalidad se ha definido como un fenómeno por el cual cada persona sufre opresión u ostenta privilegios en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales (Crenshaw, 1991). Se trata de un concepto que busca dar cuenta de la percepción cruzada de las relaciones de poder, y que permite dar cuenta de la experiencia de personas que pertenecen a grupos específicos que enfrentan un conjunto variado de opresiones a un mismo tiempo.

En el campo de la violencia ginecológica asumir una perspectiva interseccional resulta de enorme importancia, dado que existen varias categorías que resultan pertinentes al momento de analizar las diferentes expresiones de la violencia y la intensidad con que esta se aplica. Lo anterior implica que, si bien se trata de una experiencia generalizada entre las personas asignadas al nacer como mujeres, no cuenta lo mismo ser heterosexual que lesbiana, cisgénero o trans, nacional o inmigrante, de nivel socioeconómico bajo o alto, blanca o afrodescendiente, joven o vieja, entre otras.

Lo anterior queda claramente graficado en uno de los artículos presentados y que nos señala la existencia de diferencias entre quienes se atienden en el sistema público o privado de salud; en el sistema público la violencia psíquica es reportada con mayor frecuencia y los niveles generales de violencia parecen ser más evidentes. Lo mismo ocurre con quienes se identifican como parte de alguna etnia originaria, entre las afrodescendientes y las personas no heterosexuales. En todos los casos los niveles de violencia son mayores y sus efectos en la autoimagen y autoestima, así como en su propia imagen corporal son más evidentes. Pero la violencia afecta también a quienes tienen menos años formales de estudio, a las personas más jóvenes y mayores, mostrando patrones diferenciales en lo referido al tipo de agresiones y al modo en que la violencia afecta sus vidas.

Ahora bien, será tarea de futuros estudios dilucidar cómo estos patrones cruzados de pertenencia categorial (por ejemplo, ser joven, proveniente de sectores populares y perteneciente a grupos étnicos específicos o de la disidencia sexual) pueden modular formas específicas de expresión de la violencia. Del mismo modo, hay formas de violencia particulares que afectan a mujeres con mayor educación y de mayor edad (por ejemplo, estas podrían estar más expuestas a que se les induzca a una mayor medicalización). En cualquier caso, algo hemos avanzado en esto en algunos otros trabajos en que participo y que no fueron incluidos en esta tesis (Cárdenas y Salinero, 2023), mostrando cómo ser afrodescendiente implica tres veces más posibilidades de experimentar violencia ginecológica que quienes no pertenecen a dicho grupo. Del mismo modo, las lesbianas y las personas identificadas con etnias originarias (principalmente Mapuche) tienen dos veces más posibilidades de ser violentadas que quienes no forman parte de estas categorías sociales. Estos artículos no hacen sino refrendar lo que encontramos en los estudios cualitativos, mostrando el impacto que la violencia tiene en la sexualidad, imagen corporal y en la experiencia de sí mismas (autoimagen y autoestima).

Hacernos cargo de la dimensión interseccional es una exigencia cuando analizamos problemas profundos como el de la violencia ginecológica. Aquí la omisión de las diferencias es problemática, dado que operan suponiendo dichas diferencias identitarias. El sistema médico chileno es altamente segmentado y jerarquizado, reflejo de una sociedad de similares características y en donde, por lo mismo, el cruce de pertenencias categoriales no resulta trivial. No hacerse cargo de estas pertenencias simultáneas implica condenar a las mujeres y personas asignadas al nacer como mujeres a un lugar sin discurso, lo que en la práctica implica minimizar los problemas de grupos específicos de mujeres y personas

asignadas mujeres al nacer. La lucha por qué diferencias importan y cuáles no, no es un debate abstracto o insignificante, es un debate sobre el poder (sobre quién tiene el poder de definir las diferencias que resultan relevantes o irrelevantes).

Como ya decíamos, en el sistema público la violencia es mucho más burda y evidente, más arrolladora, y repercute fuertemente en los resultados de salud de las personas de los pueblos originarios, afrodescendientes, mujeres jóvenes y mayores, así como de las disidencias sexuales (Davis, 2018; Palma y Orcasita, 2019; Vergara Sánchez, 2013). Del mismo modo, también dentro del sistema de salud hay una estratificación que es indicadora de nivel socioeconómico, independientemente de que se utilicen servicios privados o públicos. Por ejemplo, varias colaboradoras han relatado que atenderse en los tramos más bajos de FONASA les ha significado un trato discriminatorio hacia ellas de entrada. Como he planteado en algunos artículos de la tesis, en la salud pública las y los profesionales actúan como si nos hicieran un favor, por lo que la atención se vuelve sumamente discrecional. Esta violencia puede ser menos evidente en los espacios de salud privada, porque entre otras cuestiones, se activa la lógica de ser vista como consumidora o clienta, cuestión que se presentó en el grupo de discusión en Santiago, el cual concentra más personas que acuden a servicios privados de salud. Pero tampoco garantiza que no vaya a ver violencia. Esto también es producto del impacto que la idea de la calidad de la atención y de la infraestructura ha tenido sobre la población, pues desde allí se ha planteado el mejoramiento y no desde el reconocimiento intersubjetivo de quien tengo en frente para garantizar un lugar de ejercicio del sí misma/o y de los derechos. En regiones extremas la violencia se hace más evidente al no existir muchas veces posibilidad de elegir dónde y con quién atenderse.

He visto en Instagram y en otras redes sociales, y también me han comentado amigas, la existencia de talleres para dejar las pastillas anticonceptivas, para desintoxicar el cuerpo y reconectar con él. Se está promoviendo el método sintotérmico para control de la reproducción, incluso pude ver eso publicado en medios de comunicación (Martínez, 2023). Los talleres han sido dados en contextos feministas, dirigidos a mujeres jóvenes de entre 20 y 30 años, personas que ya desde las primeras visitas a la consulta ginecológica han recibido una prescripción de anticonceptivos, hormonas para mejorar su ciclo menstrual, o para mejorar su aspecto, sin que este fuera el motivo de consulta o preocupación. En los grupos de discusión se cuestionó esta prescripción, ya sea porque no lo consideran natural, ya sea porque no mejoró su malestar o porque desean volver a una situación en que no sea totalmente alterado su ciclo menstrual para mejorarse. Buscan respuesta en otros aspectos de su vida como la alimentación o el ejercicio para hacer frente a su salud, más que medicalización.

## El habitus médico y la imagen de la mala paciente

El habitus es uno de los mecanismos por medio de los cuales la ideología incide en la vida cotidiana. Refiere a un conjunto de disposiciones duraderas que generan prácticas particulares (Bourdieu, 2009). Las y los individuos interiorizan y utilizan estas disposiciones, a través de la inserción en ciertos grupos, que regulan sus acciones de manera objetiva. Se trata de la adquisición de normas, mediante medios prácticos (como la formación al interior de una disciplina), que regulan la actividad de las personas y la llevan a adoptar y obedecer un sistema de normas sin necesidad de ser consciente de ellas.

Este concepto ha servido a algunos autores (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015) para intentar comprender cómo se produce y perpetúa la violencia hacia las personas que asisten a los servicios de salud reproductiva por parte de las y los profesionales del área. La solución para erradicar esta violencia según Castro, involucra la reestructuración del campo médico y al mismo tiempo lo que llama “el desarrollo de la ciudadanía de las usuarias” (que implica adquirir conciencia de derechos para su ejercicio). En su estudio (Castro, 2014), observa que el gremio médico se ha apropiado del problema estudiándolo desde una perspectiva “gerencial”, es decir, enfocado en la calidad de la atención que implica centrarse en la infraestructura y los recursos humanos, pero acusa que esta perspectiva no vislumbra por un momento la profundidad y complejidad del problema, sin hacerse cargo de aquello que sostiene estas prácticas en el tiempo.

Esta misma cuestión es compartida por varias autoras que han trabajado en torno a la violencia obstétrica, planteando su carácter estructural y de violencia de género (Sadler et al., 2016). El argumento de la calidad de la atención ha sido el mismo argumento dado constantemente en nuestro país desde el ministerio y los actores sociales ligados a la profesión médica en el contexto del debate sobre la Ley Adriana que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, post parto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica. Ya que estos aspectos, aunque sin duda son importantes para una buena atención, no explican, por ejemplo, por qué se reproduce la violencia obstétrica y ginecológica en las clínicas privadas que cuentan con la infraestructura y un servicio personalizado, ni se entiende el encarnizamiento médico que vivimos dada la patologización y medicalización de nuestros procesos fisiológicos, además de no reconocer el problema de la violencia estructural.

Castro (2014) enfoca su análisis en el encuentro de la estructura del campo médico y el habitus del personal de la salud. El habitus es siempre entendido como una relación, en este caso ya sea entre profesionales y estudiantes, o profesionales y usuarias, donde las jerarquías tienen un rol fundamental y son marcadas constantemente. Este habitus se produce y reproduce en la formación en las escuelas de medicina, así como en las residencias y en la especialización. Observa que existe una cultura del abuso hacia las y los estudiantes de medicina, que se manifiesta principalmente en el currículum oculto de la profesión a través del uso de castigos como herramienta pedagógica (por ejemplo, ampliar horas de turnos, solicitar una tarea de último minuto, dejar en ridículo frente a compañeros/as como a usuarias) y humillación como formas de marcar jerarquías, misma cultura que observaron en Chile Bastías-Vega, et al. (2021), en su estudio sobre percepción del maltrato por estudiantes de medicina. Castro expone que el “campo médico está rígidamente organizado en mandos” (p.179), que definen con quien se puede hablar a partir del escalafón al que se pertenece (maestro, nivel del residente, etc.). También se produce una jerarquía de género, pero según el autor está dirigido hacia las usuarias ya que las mujeres que se forman adscriben más bien a la profesión que al género al guiar sus acciones y actitudes frente a las usuarias. Como dijo una de las colaboradoras de los grupos de discusión de este estudio “ellas también están acostumbradas a apoderarse” refiriéndose a que tanto hombres como mujeres las/nos tratan de la misma forma y las/ nos ponen en la misma posición. Asimismo, como ha mostrado Raquel Pozzio (2016) en un estudio etnográfico realizado también en México, la feminización de la disciplina no ha sido seguida de un cambio en la práctica como se habría esperado.

Un aspecto muy interesante de la propuesta de Castro y que se vincula con lo que he descrito en relación a la imagen LIFE BEGINS en la introducción, es que este habitus autoritario ha permitido que las y los profesionales describan las cosas del mundo de manera invertida (Castro y Erviti, 2015). Por ejemplo, en la idea de que las parturientas deben cooperar con el personal de salud en el trabajo de parto o cuando nos presentan a nuestra guagua y nos dicen “aquí está tu hijo o hija”, ya que así se convierten en protagonistas de la escena. Así también se pueden considerar una serie de actitudes ampliamente narradas por las colaboradoras en los grupos de discusión, como la negación del dolor que se siente durante en un examen de Papanicolau, o que no dejen pujar si sienten ganas de pujar hasta que llegue el o la obstetra.

En un estudio realizado en Chile por estudiantes del sexto año de la carrera de medicina titulado “Experiencias en la docencia médica de pregrado en la U. de Chile: caso Ginecología-Obstetricia, desde los derechos de las mujeres” (Reyes, Villagrán y Von Marees, 2018), presentado en el contexto de las jornadas por una educación no sexista, señalan que la enseñanza no se enfoca en los derechos sexuales y reproductivos en Ginecología ni Obstetricia, al mismo tiempo que han podido identificar una serie de prácticas violentas. Así en un argumento que sigue la línea del habitus médico autoritario, las autoras/es comentan que la jerarquía docente-estudiante “es una de las razones por las que nosotros identificamos que se mantiene un status quo. Los estudiantes están concientizados, sin ni siquiera saber derechos sexuales y reproductivos, saben que hay prácticas violentas, pero les da mucho miedo enfrentarse a los médicos”. Las autoras/es coinciden en que la jerarquía en cuanto crea una desigualdad entre docentes estudiantes, dificulta la transformación de la enseñanza y la expresión de malestar por la misma. Esas

jerarquías se reproducen luego en el campo profesional. El miedo a enfrentarse a sus superiores está basado posiblemente -como expone Castro- en el castigo que estos puedan darles, los que van desde la humillación pública, el pedido de una tarea para el día siguiente, hasta la extensión del turno. Esta escena de las practicas violentas que saben que existen las y los estudiantes, bien podrían ser las prácticas que se hacen en las rondas cuando se enseña el examen pélvico o hacer tactos reiterados a las mujeres en trabajo de parto, y también podrían estar a la base de la falta de solicitud de consentimiento de los mismos procedimientos.

Otra cuestión importante de este habitus es que entrena y habilita la desvinculación emocional de las y los profesionales con las y los pacientes, lo que permite ignorar a las personas que se atienden y en específico, como observó el autor, a las parturientas. Esta capacidad para ignorar y poner en suspenso el aspecto relacional del acto médico, fue ampliamente manifestada en los grupos de discusión y se presentó de forma paradigmática en la escena que narra una colaboradora frente al médico que le estaba realizando el tratamiento de fertilidad. En ese contexto el médico se dirige a la matrona diciendo “a esta chiquitita no la hemos operado”. Indiferentemente de cuántas veces ella preguntó no obtuvo respuesta y debió acudir a la consulta privada del ginecólogo para que este le dijese de qué la debían operar.

Este comportamiento autoritario y jerárquico funciona también haciendo aparecer el daño como una virtud. Ellos no están dañando sino ayudando. Son pocos los médicos/as o personal de salud que consentiría en afirmar que ha violado derechos de sus pacientes o que las ha dañado intencionalmente. Y sin embargo, no deja de ocurrir. Ya no sólo el ignorarlas, sino ante su insistencia, castigarlas traspasando la responsabilidad a las mujeres

por no ajustarse a los esquemas de lo que debe ser una buena paciente. Se castiga su falta de cooperación, el exceso de preguntas, el cuestionamiento del saber médico, las quejas por ser incapaces de soportar el dolor y la humillación como destino. Muchas colaboradoras de los grupos de discusión compartieron que habían escuchado de amigas o familiares que en el hospital no se podían quejar, que mientras más calladitas las tratarían mejor, porque al contrario, la que grita o hace “mucha alharaca” no recibirá ayuda durante el parto o incluso es posible que sea penalizada sin acceso a la anestesia. Una de las narradoras que aparecen en mi artículo “Fue un terremoto”, fue amenazada de este modo por pedir al anestesista que esperara que se detuviera su contracción antes de inyectarla.

Las preguntas juzgadas como impertinentes o cualquier actitud que parezca contravenir la posición del personal de salud son interpretadas como oposición o no cooperación (Castro y Erviti, 2015). No seguir las instrucciones médicas “activa un conjunto de prenociones que subyacen a la mirada médica respecto del tipo de mujeres que incurren en estas “faltas” (Castro y Erviti, 2015, p.125), las cuales son catalogadas como irracionales, desobedientes e irresponsables al ponerse en riesgo. Aquellas mujeres que desafían los dictámenes médicos, que dejan de ser obedientes y proponen o exigen un tipo específico de atención serán ridiculizadas, cuestionadas o simplemente ignoradas, como sucedió con varias de las colaboradoras que, al expresar sus conocimientos o deseos sobre el parto, fueron desalentadas, ridiculizadas o ignoradas por el personal de salud.

La lógica del habitus médico nos abre un campo de enorme importancia para la exploración de los mecanismos mediante los cuales se aprende y perpetúa la violencia ginecológica. También nos ayuda a comprender la función social que posee, más allá de las intenciones de los actores sociales que la ejercen. El habitus sería lo social encarnado,

constituiría un sistema de categorías subyacentes que permite interpretar el mundo de vida y producir prácticas coherentes con dichas categorías, lo que permite reproducir regularidades. La violencia médica constituye a su vez el habitus de las pacientes y tiene su asidero en lo más profundo del cuerpo, que es donde se interiorizan sus esquemas. Se trata, en el decir de Pierre Bourdieu (2009), de un cuerpo socialmente construido, socializado y estructurado mediante la transmisión e incorporación de las regularidades inmanentes del mundo. Esa transmisión se hace de manera práctica, y es por lo tanto resultado de un fuerte trabajo de socialización al interior de instituciones concretas. El orden social se incorpora en forma de habitus.

### Breve paréntesis sobre el habitus médico: los exámenes pélvicos sin consentimiento

La historia de la disciplina ginecológica ha hecho que nuestros cuerpos hayan sido utilizados sistemáticamente como espacios/objetos de formación pedagógica y/o experimentación. Una de las expresiones más extremas de esto fue el asesinato de más de treinta mujeres grávidas de término, en perfectas condiciones físicas, diseccionadas para la construcción del Atlas *The Anatomy of the Human Gravid Uterus*, de los obstetras William Hunter y William Smellie en 1774 (Shelton, 2010), y con cuyas imágenes realicé un collage que se encuentra en la página 126 de esta tesis. Del mismo modo, la experimentación con mujeres esclavizadas afrodescendientes para el tratamiento de la fístula, y que implicó una serie de operaciones sin anestesia, en manos de Marion J. Sims (Kapsalis, 2001), constituye

otro de los muchos ejemplos del origen perverso y del sadismo constitutivo de la disciplina ginecológica.

Si a alguien pudiera parecerle que este tipo de asuntos son parte del pasado, puedo referirme a la práctica actual y habitual de realizar exámenes pélvicos en mujeres anestesiadas y sin consentimiento para la enseñanza de medicina en EE. UU. y en otros países del norte global como Inglaterra (Hendricks & Seybold, 2017). Este tipo de acciones expone de forma obscena la capacidad de la ginecología de apropiarse de nuestros cuerpos y además abusar de ellos en nombre del bien común, que sería la enseñanza médica. Del mismo modo, instala como parte de los esquemas cognitivos de quienes ejercerán la práctica médica en el futuro, la noción de que solicitar consentimiento no es una exigencia (al menos para ellos o ellas). Desde hace unos años se ha ido denunciando esta práctica la cual solo recientemente ha llegado a considerarse abuso sexual médico (Tillman, 2023), violación (Coxe, 2003) y también como una forma de suspender la autonomía de las mujeres (Barnes, 2012).

Dichas prácticas sin consentimiento y bajo anestesia se justificaban como una forma de bajar la ansiedad a las y los estudiantes frente a esta examinación íntima que atañe a la genitalidad, y así poder adquirir con mayor tranquilidad las destrezas necesarias para su formación. Los exámenes se realizaban previo a cirugías principalmente ginecológicas, aunque no exclusivamente, en hospitales escuela. Esta práctica ha generado controversia en diversos grupos tanto dentro de la medicina, como de defensa de los derechos de las mujeres, que la califican como poco ética y necesaria de erradicar en una disciplina que dice velar por la salud de las personas asignadas mujeres al nacer, exigiéndose el consentimiento informado explícito para su realización (Schniederjan & Donovan, 2005),

ya que los derechos de quienes se atienden deberían guiar la práctica médica y no al revés. Con todo, surge la pregunta de que por qué no se solicita consentimiento y cómo dicha actuación impacta en la formación médica y en el establecimiento de las relaciones con las “pacientes”, posibilitando formas abusivas y desconsideradas con quien se tiene al frente (Barnes, 2012).

Ubel et al. (2003) exploraron si la finalización de una pasantía en ginecología y obstetricia podría modificar las actitudes de las y los estudiantes frente a la creencia de la importancia de la solicitud de consentimiento para la realización de un examen pélvico a una mujer anestesiada. Los resultados no fueron muy alentadores ya que encontraron que las y los estudiantes que habían terminado sus estudios en ginecología y obstetricia, consideraban menos importante solicitar consentimiento a sus pacientes para la realización de exámenes bajo anestesia, frente a aquellas y aquellos estudiantes que habían comenzado recientemente sus estudios. Este estudio muestra cómo las y los estudiantes pueden llegar con una idea sobre la práctica médica en la cual se consideran relevantes los derechos de las personas que se atienden y cómo esta paulatinamente va desapareciendo en los años de formación.

Si la formación se realiza de modo autoritario, si el bienestar y respeto de las pacientes no es puesto en el centro de la formación, el habitus médico autoritario seguirá guiando la práctica y autorizará acciones que en otros contextos serían sancionadas (por ejemplo, tocar a una persona en sus genitales sin su consentimiento). La medicina ha adquirido tal centralidad en nuestras sociedades que se permite que algo considerado delito en un ámbito no sea penado y de hecho se incentive como necesario para adquirir las competencias y destrezas profesionales. Para varias autoras (Coxe, 2003; Friesen, 2018) no

hay ninguna razón para realizar exámenes pélvicos en mujeres inconscientes, aunque se haya solicitado consentimiento y además plantean que aquellos establecimientos que facilitan dichas prácticas podrían estar facilitando la violación.

## A modo de conclusión

En esta tesis he mostrado los profundos efectos y consecuencias que produce la patologización y medicalización del cuerpo de las mujeres operado por la ginecología y obstetricia. El cuerpo femenino es entendido por dichas disciplinas como un problema, algo con lo que se debe lidiar, más que considerarlo parte de nuestro gozo, placer y libertad. La ginecología y obstetricia dicta pautas de cómo debiesen ser nuestros cuerpos, de preferencia delgados, jóvenes, blancos e incluso se inmiscuye en nuestras prácticas sexuales y la orientación de nuestro deseo, remarcando la heteronormatividad y sancionando las expresiones que la desafían. Nuestros cuerpos son considerados defectuosos y nuestros procesos naturales riesgosos, por lo que deben ser vigilados permanentemente. La ginecología se constituye como una disciplina destinada justamente a vigilar, corregir y sancionar. En esta tarea va generando iatrogenia y produciendo un profundo impacto en la vida de las mujeres y las personas que asisten a dichos servicios, toda vez que expropiando nuestros saberes y descualificándonos para la atención de nuestra propia salud.

Las operaciones de patologización y medicalización apuntan a ejercer control sobre nuestras vidas y violencia sobre nuestros cuerpos, tornándolos extraños para nosotras mismas (Martin, 2001). Esos mensajes reiterados que recibimos y que apuntan a que existe algo en nuestros cuerpos que no está bien, que es defectuoso (ya sea la menstruación, la gestación, la sexualidad, la menopausia, o simplemente su apariencia), tiene efectos

profundos en las subjetividades de las mujeres y personas asignadas mujeres al nacer, propiciando el control mediante diversos mecanismos, ya sea a través del miedo o limitando nuestra autonomía. Estas son una de las consecuencias más profundas que ha producido la ginecología, nos enseña con sus acciones que hay que desconfiar y temerles a nuestros cuerpos, que sin la “ayuda” o “reparación” propiciada por la medicalización podríamos padecerlos.

Monique Wittig en su libro *Guerrilleras* (1969) escribe lo siguiente: “Ellas dicen que aprehenden sus cuerpos en su totalidad. Dicen que no privilegian alguna de sus partes con el pretexto de que alguna vez fue objeto de prohibición” (2019, p.87). Justamente nuestros genitales y en particular nuestras vulvas han sido objeto de prohibición desde la disciplina ginecológica, la que por largos años se los ha apropiado, controlado e intervenido, modificando los significados culturales que tenían tanto como espacio de placer y potencia de lo femenino (Sanyal, 2018). En su lugar han hecho proliferar el termino vagina que apunta al interior de nuestro cuerpo conquistado por la visión que abrió el espéculo como aparato fundacional de la disciplina (Kapsalis, 2002), señalándonos una posición, destacando la heterosexualidad y reproducción como función y destino de lo femenino. Al mismo tiempo, nuestra experiencia del cuerpo como una totalidad ha sido moldeada y modificada a través de las visitas a la consulta ginecológica, construyendo, como expresó una de las colaboradoras de los grupos de discusión, una relación traumática con el cuerpo. Necesitamos construir otros espacios que nos ayuden a recuperar nuestros cuerpos, saberes y placeres negados por disciplinas que, como la ginecología y la obstetricia, se han puesto al servicio de la dominación masculina, pero esto no lo lograremos conseguir si no denunciamos y exigimos la modificación de sus prácticas que

nos violentan. Como apuntan “Ellas”, las protagonistas del libro de Wittig, debemos recuperar nuestros cuerpos, desobedecer y aprehenderlos en su totalidad para despojarnos de la opresión y vivirlos en plenitud.

## Referencias

- Ackard D, Kearney-Cooke A, Peterson C. (2000) Effect of Body Image and Self-image on Women's Sexual Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4): 422–429. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200012\)28:4<422::AID-EAT10>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200012)28:4<422::AID-EAT10>3.0.CO;2-1)
- Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio (2019). *Ser lesBIana en Chile. Estudio exploratorio* [Internet]. Santiago: Clickprint. Fondo Alquimia. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/coedabjg1gxa4en/Estudio%20exploratorio%20Ser%20Lesbiana%20en%20Chile.pdf%20FINAL.pdf?dl=0>
- Almonte, G. (2016) Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*, 2: 1–10. <http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>
- Ahmed, S. (2015) *La política Cultural de las Emociones*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- AMS, Asociación Mujeres para la Salud. (2018) Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres. [www.mujeresparalasalud.org](http://www.mujeresparalasalud.org).
- Araiza Díaz, A. y González García, R. (2017) La Investigación Activista Feminista. Un diálogo metodológico con los movimientos sociales. *EMPIRIA*. 38, 63-84.
- Araya Ibacache, C. (2006). La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado: Chile en el siglo XIX. *Historia*, 39(1), 05-22.

- Arguedas, G. (2014) La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1): 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Arruda, A. (2020) Imaginario social, imagen y representación social. *Cultura y Representaciones Sociales*, 29: 37-62.
- Baczko, B (1999). *Los imaginarios Sociales. Memorias y Esperanzas Colectivas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Baeza, M. A. (2007). *Imaginarios sociales dominantes de un otro inferiorizado: el caso del indígena en Chile*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.
- Banks, M. (2010). *Los datos visuales en la investigación cualitativa*. Madrid: Morata
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. España: Morata.
- Barnes S. S. (2012). Practicing pelvic examinations by medical students on women under anesthesia: why not ask first?. *Obstetrics and gynecology*, 120(4), 941–943. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182677a28>
- Bastías-Vega, Nancy, Pérez-Villalobos, Cristhian, Alvarado-Figueroa, Débora, Schilling-Norman, Mary-Jane, Espinoza-Riffo, Maritza, Parra-Ponce, Paula, Matus-Betanocurt, Olga, & Toirkens-Niklitschek, Josselinne. (2021). Maltrato en el pregrado de la carrera de Medicina: percepción de los estudiantes. *Revista médica de Chile*, 149(4), 617-625. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400617>

- Bastos J, Harnois C, Paradies Y. (2017) Health care barriers, racism and intersectionality in Australia. *Social Science and Medicine*, 199 (209): 1–10.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.010>
- Basualto Ormazabal, M. J., Zúñiga Soto, B. y Cárdenas Castro, M. (2023) La consulta ginecológica: un desafío para las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile. *Musas. Revista sobre Mujer, Salud y Sociedad*, 8 (2): 45-65  
<https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num2.3>
- Bates, C. K., Carroll, N., & Potter, J. (2011). The challenging pelvic examination. *Journal of general internal medicine*, 26(6): 651–657. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1610-8>
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1 (7): 25–34. [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_7/Ar](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Ar)
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la Biopolítica. *Dilemata*, 18: 93–111.  
<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>.
- Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (1): 169-179.
- Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. J. (2012). Suffering caused by care--patients' experiences from hospital settings. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7: 1–9.  
<https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18688>

- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. y Foster, J. (2013). Assessment of the Implementation of the Model of Integrated and Humanised Midwifery Health Services in Santiago, Chile. *Midwifery*, 29: 1151-1157. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.001>
- Blanchard J, Lurie N. (2004). R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J Fam Pract*, 53(9):721-730. [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5309JFP\\_OriginalResearch.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5309JFP_OriginalResearch.pdf)
- Blondin M. (2019). Obstetrical and Gynaecological Violence. Francia: Parliamentary Assembly, Council of Europe. <http://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=28108&lang=en>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis. A Practical Guide*. SAGE.
- Brown, J. L., Pecheny, M., Tamburrino, M.C., Luciani Conde, L., Perrotta, G.V., Capriati, A., Andia, A. M., Mario, S. e Ibarlucia, I. (2014) Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface*, 18(51): 673–84. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0049>
- Brüggemann AJ, Swahnberg K. (2013) What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories". *International Journal of Nursing Studies*, 50: 404–412. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.003>

- Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. (2012). Abuse in health care: a concept analysis. *Scand J Caring Sci.*, 26(1): 123–132. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00918.x>.
- Bush, J. (2000) “It’s just part of being a woman”: cervical screening, the body and femininity”. *Social Science & Medicine*, 50 (3) 429-444. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00316-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00316-0)
- Butler, J. (1999). *El género en disputa/ El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Calabrese S, Meyer I, Overstreet N, Haile R, Hansen N. (2015). Exploring discrimination and mental health disparities faced by black sexual minority women using a minority stress framework. *Psychology Women Quarterly*, 39(3): 287-304. <https://doi.org/10.1177/0361684314560730>
- Camacaro, Marbella. (2009) Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14 (32): 147:162.
- Cano V. (2019) Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cisnormalización. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 33: 42–58. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.03.a>
- Carasthathis A. (2014). The concept of intersectionality in feminist theory. *Philosophy Compass*, 9(5): 304–314. <https://doi.org/10.1111/phc3.12129>
- Cárdenas, M. (2022). Transdisciplina, investigación activista y procesos de formación en investigación. En VVAA, Investigación interdisciplinaria: enfoques, métodos,

propuestas y experiencias. (pp. 45 – 63). Universidad de Talca/Editorial Gráfica Metropolitana.

Cárdenas M., Salinero S., y García, C. (2020). Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 80(3): 187–196.

<http://www.sogvzla.org.ve/sogvzla20186/cms/svcobtenerpdfrevista.php?id=000000100&tipo=normal&fila=5>

Cárdenas, M. y Salinero, S. (2022). Violencia Obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias por tipo de centro de asistencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46: e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>

Cárdenas, M. y Salinero, S. (2023). Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. *Rev Obstet Ginecol Venez*.83 (1): 54-66. <https://doi.org/10.51288/00830109>

Cárdenas, M. & Salinero, S. (2023). The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891>

Castillo, C. y Molina-Milman, H. (2019). El sistema de salud chileno: análisis y perspectivas en el marco del estallido social de 2019. *Revista Estado y Políticas Públicas*, VIII (14): 53–67. Disponible en: [https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800088\\_53-67.p](https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800088_53-67.p)

Castoriadis, C. (2010). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquets.

- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2): 167-197.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32130485002>
- Cerda P., Pino, P., y Urrutia, MT (2006) Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 71(3): 216–221.
- Changole J, Thorsen V, Trovik J, Kafulafula U, Sundby J. (2019). Coping with a Disruptive Life Caused by Obstetric Fistula: Perspectives from Malawian Women. *Int J Environ Res Public Health*, 16(17): 3092.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16173092>.
- Chase, S.E. (2015). Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln (comps.). *Métodos de recolección y análisis de datos* (pp. 58-112). Vol. IV. Gedisa.
- Chiaroti, S., Schuster, G. y Arminchiardi, S. (2008) *Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR/CLADEM. <https://cladem.org/publicaciones-argentina/con-todo-al-aire-2-reporte-de-derechos-humanos-sobre-atencion-en-salud-reproductiva-en-hospitales-publicos-2/>
- CLADEM, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. (1998) *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú*. CLADEM/CRLP.
- Clarke, A. (2005) *Situational Analysis: Grounded Theory after the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, CA: SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781412985833>

- Clarke, J.N. (1983), Sexism, feminism and medicalism: a decade review of literature on gender and illness. *Sociology of Health & Illness*, 5: 62–82. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340067>
- Cociña, M. y Garcés, A. (2021) Salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes en el sistema público en Chile. En Corporación MILES, *Tercer Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile*.
- Cohen, S. y Korem, K. (2018). Domesticating bodies: The role of shame in obstetric violence. *Hypatia*, 33(3):384–401. <https://doi.org/10.1111/hypa.12428>
- Cohen, Sarah. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Hum Stud.* 39, 231–247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369>
- Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica. (2020). *Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados*. Valparaíso: Chile. <https://drive.google.com/file/d/1fh7zQQ7V4c-Ij1eQDiZaHIJyKFfsS9ooe/view>
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. (2019) Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *The Lancet*, 394(10204): 1159–1168.
- Conejero, C., Cannoni, G., Merino, P.M., Bollmann, J., Hidalgo, C., Castro, M. y Schulini-Zeuthen, C. (2013). Experiencia con un método de autotoma de muestra vaginal

para la detección de infección por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* en mujeres jóvenes. *Revista chilena de infectología*, 30(5): 489-493.

Conti, A. (2004) La encuesta como método político. El objetivo de la encuesta no es la interpretación del mundo sino la organización de su transformación: ambas cosas van siempre unidas. En M. Malo (editora), *Nociones Comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia* (pp. 55-67). Traficantes de Sueños.

Contreras, N. y Fernández, C. (2015). *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado*. Pensamiento y Batalla.

Coxe M. F. (2003). A change in medical student attitudes of obstetrics-gynecology clerkships toward seeking consent for pelvic examinations on an anesthetized patient. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(6), 1808–1809.  
[https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(03\)00921-9](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(03)00921-9)

Crenshaw K. (1991) Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against women of color. *Stanford Law Review*, 46(6): 1241–1299.  
<https://doi.org/10.2307/1229039>

d'Oliveira, AF, Diniz, S & Schraiber, L. (2002) Violence against women in health-care institutions: an emerging problem". *The Lancet*, 359: 1681–1685.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)

Davidson M, & Gervais S. (2015) Violence Against Women Through the Lens of Objectification Theory. *Violence Against Women*, 21(3): 330–354.  
<https://doi.org/10.1177%2F1077801214568031>

del Río-Pedraza, C. (2022). La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141): 55–73.

<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>

Didi-Huberman, G. (2007). *La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Madrid: Cátedra.

Ehrenreich B. (2018). When a “Routine” Exam Feels Like an Assault. Are annual pelvic examinations necessary? <https://www.lennyletter.com/story/when-a-routine-exam-feels-like-an-assault>

Ehrenreich, B. & English, D. (2010). *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres*. Capitan Swing.

Ehrenreich, B. y English, D. (2006). *Brujas, comadronas y enfermeras*. Metcalfe y Davenport.

Ehrenreich, N. (1993). The Colonization of the Womb. *Duke Law Journal*, 43(3), 492–587.  
<https://doi.org/10.2307/1372827>

El parto es nuestro (s/f). *Litotomía ¿Por qué nos tumban para parir?*  
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/litotomia>

El parto es nuestro (2010) *La episiotomía sistemática, una forma de violencia hacia la mujer*. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/09/13/la-episiotomia-sistemica-una-forma-de-violencia-hacia-la-mujer>

Esteban, M.L. (1996). *Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico*. KOBIE, N° VII.

- Esteban, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellatera.
- Fajula, S. (2012). Las ilustraciones del cuerpo femenino en Tratado de ginecología de Miquel A. Fargas Roca (1910). *Dynamis*, 33 (1): 139–168.
- Fernández, C. y Contreras, N. (2015). *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado*. Pensamiento y Batalla.
- Friesen, Phoebe. (2018). Educational pelvic exams on anesthetized women: Why consent matters. *Bioethics*, 32(5): 298-307 <https://doi.org/10.1111/bioe.12441>
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Editorial Siglo XXI.
- Galaviz de Anda, M., Díaz, O. y Prado, C.A. (2015). La oculta violencia de la clínica ginecológica. *Medicina Social*, 10(2): 56–66.
- Galtung J. (1990) Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3): 291–305. <https://doi.org/10.1177/0022343390027003005>
- García, Guzmán, Salinero y Vargas. (2022) Colonización de nuestros cuerpos territorios y usurpación de nuestra salud sexual. En Corporación MILES, *Cuarto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile*.
- García Dauder, S. y Pérez Sedeño, E. (2017). *Las “mentiras” científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.
- García Hurtado, M., Aucía, A. y Arminchiardi, S. (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario: INSGENAR/CLADEM. <https://cladem.org/publicaciones-argentina/con->

[todo-al-aire-reporte-de-derechos-humanos-sobre-atencion-en-salud-reproductiva-en-hospitales-publicos-edicion-1/](#)

García, E.M. (2021). *Partos arrebatados. La violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina*. Menades Editorial

Gérvas, J. y Pérez-Fernández, M. (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres. 50 intervenciones sanitarias excesivas y cómo evitarlas*. Los libros del Lince.

Glover J. (2001). *Humanidad e inhumanidad. Una historia moral del siglo XX*. Cátedra.

Gobierno de Chile (2022) Ministerio de Salud recalca la importancia de realizarse el PAP en la conmemoración del Día Mundial de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. <https://www.gob.cl/noticias/ministerio-de-salud-recalca-la-importancia-de-realizarse-el-pap-en-la-conmemoracion-del-dia-mundial-de-prevencion-del-cancer-de-cuello-uterino/>

Gómez Castro, S. (Comp) (2016). *Rabo de Zorra. El parto como símbolo de recuperación*. Quimantú/Corazón de hueso.

Gómez, A. (comp.) (2007). *Humanizando los nacimientos. El parto en manos de las mujeres*. RMSLAC.

Gómez, L. y Núñez, A. (2021). Vigilancia del acceso a la salud en Chile: un sistema de indicadores para monitoreo multidimensional. *Revista médica de Chile*, 149(1): 62–75.

- Gonçalves Da Silva, M., Carreira, M., Pinheiro, L., Carcaman, R. & Kakuda, A. (2014). Obstetric violence according obstetric nurses. *Revista Rene*, 15(4): 720–728. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400020>
- Grollman E. (2014). Multiple Disadvantaged Statuses and Health: The Role of Multiple Forms of Discrimination. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(1): 3–19. <https://doi.org/10.1177%2F0022146514521215>
- Hale, Ch. R. (2001). What is activist research? *Social Science Research Council*, 2 (1-2): 13-15.
- Hamilton, R., Method, M., Rogan, M., Walsh, M., White, L. & Thomas, S. (2009). Developing a pelvic tilt device for pelvic examinations: a performance improvement project. *Journal of emergency nursing*, 35(1): 40–42. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.11.001>
- Hamui-Sutton, Alicia. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*, 2(8), 211-216. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000400006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000400006&lng=es&tlng=es).
- Harding, S. (2021). *Ciencia y feminismo*. Editorial Morata.
- Harnois C. (2014). Are Perceptions of Discrimination Unidimensional, Oppositional, or Intersectional? Examining the Relationship among Perceived Racial-Ethnic, Gender-, and Age-Based Discrimination. *Sociological Perspectives*, 57(4): 470–487. <https://doi.org/10.1177/0731121414543028>

Hayes R, Lorenz K, Bell K. (2013). Victim blaming others: Rape myth acceptance and the just world belief. *Feminist Criminology*, 8(3): 202–220.  
<https://doi.org/10.1177/1557085113484788>

Health People with Vaginas (s/f). Yona. <https://yonacare.com/>

Hendricks, P. & Seybold, S. (2022). Unauthorized Pelvic Exams are Sexual Assault. *The New bioethics: a multidisciplinary journal of biotechnology and the body*, 28(4): 368–376. <https://doi.org/10.1080/20502877.2022.2102132>

Herrera-Vacaflor, C. (2020). Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna? En Quattrochi, P. y Magnone, N. (comp.) *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualizaciones, experiencias, medición y estrategias*. Cuadernos del ISCo: Buenos Aires.

Hester, H. (2018). *Xenofeminismo. Tecnologías de género y políticas de reproducción*. Caja Negra Editora.

hooks, bell (2004). *Mujeres Negras. Dar forma a la teoría feminista*. VVAA, *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras* (pp. 33–50). Traficantes de Sueños.

hooks, bell (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Traficantes de sueños.

Hubbard, R. (1995). *Profitable Promises. Essays on Women, Science and Health*. Maine: Common Coraage Press.

Hustvedt, A. (2011). *Medical Muses: Hysteria in Nineteenth-Century Paris*. New York: Norton.

Illich, I. (2015). Némesis Médica. En: *Obras reunidas I*. México: Fondo de Cultura Económica.

INDH (Instituto Nacional de Derechos Humanos). (2016). *Informe Anual. Situación de los Derechos Humanos en Chile*. <http://www.indh.cl/informe-anual-situacion-de-los-derechos-humanos-en-chile-2016>.

Infante, G. y Leiva, G. (2016). Violencia obstétrica. En C. Dides y C. Fernández (comps.). *Primer informe. Salud sexual, salud reproductiva y derechos humanos en Chile* (pp. 139-145). Corporación MILES-Chile.

INSGENAR, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. (2003) *Con todo al aire 1. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR/CLADEM.

INSGENAR, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. (2008). *Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR/CLADEM. [https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/con\\_todo\\_al\\_aire2.pdf](https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/con_todo_al_aire2.pdf)

Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Kaiser, B. L., & Kaiser, I. H. (1974). The challenge of the women's movement to American gynecology. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120(5): 652-665. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(74\)90609-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(74)90609-7)

Kamberelis, G. y Dimitriadis, G. (2015) Grupos focales. En: N. Denzin y Y. Lincoln, *Métodos de recolección y análisis de datos*. Buenos Aires: Gedisa.

- Kapsalis, T. (2002) "Mastering the Female Pelvis. Race and Tools of Reproduction". In K. Wallace-Sanders (Editor), *Skin Deep, Spirit Strong. The Black Female Body in American Culture* (pp. 263–300). The University of Michigan Press.
- Kearney-Cooke A., & Ackard, D. (2000) The effect of sexual abuse on body image, self-image and sexual activity of woman. *Journal of Gender-Specific Medicine*, 3(6): 54–60.
- Kitzinger, Sh. (2006). *La crisis del Parto*. OB STARE
- Kremer I, Orbach I, Rosenbloom T. (2013). Body image among victims of sexual and physical abuse. *Violence Vict*, 28(2): 259–73. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00015>.
- Lamadrid, S. (1996). Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou. *Bol Oficina Sanit Panam*. 121 (6) 541-549. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15408>
- Lamas, M. (1999) Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. *Papeles de Población*. 5(21): 147–178.
- Länge, A. (2009). Trauma y sentido. Contra la pérdida de la dignidad humana. *Castalia*, 16 (2): 13–25.
- Latta, W. & Wiesmeier, E. (1982). Effects of an educational gynecological exam on women's attitudes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 11(4): 242–245.
- Le Breton, D. (2018). *Sociología del cuerpo*. Editorial Siruela.

- Letherby, G. (2003). *Feminist Research in Theory and Practice*. McGraw-Hill Education.
- Lilly MM, Howell KH, Graham-Bermann S. (2015). World assumptions, religiosity, and PTSD in survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 21(1): 87–104. <https://doi.org/10.1177/1077801214564139>.
- Liston J. & Liston, E. Jr. (1978). The mirror pelvic examination: assessment in a clinic setting. *JOGN Nurs*, 7(2): 47–9. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1978.tb00907.x>. PMID:246478.
- Lorde, A. (1984) *The Transformation of Silence into Language and Action*. In: *Sister Outsiders*. Crossing Press.
- Lorde, A. (2019). *Los diarios del Cáncer*. Ginecosofía.
- Lynch S, Graham-Bergman S. (2000). Woman Abuse and Self-Affirmation. Influence on Women's Self-Esteem. *Violence Against Women*, 6(2): 178–197. <https://doi.org/10.1177/10778010022181787>
- Madriz, E. (2001). *A las niñas buenas no les pasa nada malo*. Editorial Siglo XXI.
- Maines, R. (2017) *La tecnología del orgasmo. La histeria, los vibradores y la satisfacción sexual de las mujeres*. Milrazones.
- Malo, M. (Editora) (2004). *Nociones Comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia*. Traficantes de Sueños.
- Manfrini, D. (2016) “Somos todxs Adelir”: *partir de si e ação política frente a la violência obstétrica en Florianópolis* (Tesis de doctorado). Centro de Filosofía y Ciencias

Humanas, Universidad de Santa Catarina, Santa Catarina.  
<http://www.bu.ufsc.br/teses/PICH0172-T.pdf>>.

Martin, E. (2001) *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of the Reproduction*. Beacon Press.

Martínez, L. (1 de diciembre 2023) Método sintotérmico: una alternativa natural y efectiva a los anticonceptivos artificiales. *El Mostrador*.  
<https://www.elmostrador.cl/braga/autocuidado/2023/12/01/metodo-sintotermico-una-alternativa-natural-y-efectiva-a-los-anticonceptivos-artificiales/>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, VM, Cervera-Gasch, A, Andreu-Pejó, L. & Valero-Chilleron, MJ. (2020) Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21): 7726.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>

Menéndez E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En: Spinelli H, Ferrer C, Diez A, Wilner A, López E, Migueles L, et al. (Editores). *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez* (p. 451–464). Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud.

Menéndez, E. (2020) Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16e2615.  
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

- Menéndez, E. (2018) Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* (58) 104-113.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es).
- Mesa Acción por el Aborto en Chile. (2021). *Segundo Monitoreo Social a la Ley IVE*. Santiago. <https://mesaborto.cl/a-4-anos-de-la-aprobacion-de-la-ley-de-aborto-en-3-causales-donde-nos-situamos-tres-causales-no-son-suficientes/>
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.
- Miller, A. (2005) *El cuerpo nunca miente*. Tusquets.
- Moliner, M. (2012) *Diccionario del uso del español*. Gredos
- Moura, LBA, Prieto, LNT & Gerk, MA. (2017) A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência? / Is routine episiotomy an evidence based practice? *CuidArte, Enferm*, 11(2): 269–278.
- Nacer en Libertad, memorias de parto. (2015). *Relatos de mujeres para renacer juntas*. Quimantú.
- Olatunbosun, O. A., Edouard, L., & Pierson, R. A. (1998). Physicians' attitudes toward evidence based obstetric practice: a questionnaire survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 316(7128): 365–366. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7128.365>

- O'Laughlin, D.J., Strelow, B., Fellows, N., Kelsey, E., Peters, S., Stevens, J. & Tweedy, J. (2021). Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *J Prim Care Community Health*, 12: 2150132721992195. <https://doi.org/10.1177/2150132721992195>
- Ollino, R. (2017). *Partería Urbana. La emancipación del niño shamán*. Pequeña editorial Niño Shamán.
- OMS, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1985) *¡El nacimiento no es enfermedad! 16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.sarda.org.ar/images/1995/4-5.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Declaración WHO/RHR/14.23. <https://tinyurl.com/tpjujyj>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2021) Todo lo que debes saber sobre el PAP. <https://www.paho.org/es/campanas/chile-tu-vida-importa-hazte-pap/todo-lo-que-debes-saber-sobre-pap>

- Organización de Estados Americanos (1995). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Belem do Pará.  
<https://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp>
- OVO, Observatorio de Violencia Obstétrica. (2028). *Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile*. Observatorio de Violencia Obstétrica.  
<http://ovochile.cl/destacados/observatorio-de-violencia-obstetrica-presenta-resultados-de-la-primera-encuesta-de-nacimiento-en-chile/>
- Paituví, M. (2019) Oncogrrrls, narrativas colaborativas sobre el cáncer de mama. Autoetnografía de una micro-utopía. En S. Fernández Garrido y E. Alegre Agís. *Autoetnografías, cuerpos y emociones (II)*. Publicacions URV.
- Palma, D. y Orcasita, LT. (2019) Discursos de profesionales de la salud sobre la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. *Interface*, 23: e170329  
<https://doi.org/10.1590/Interface.170329>
- Paredes, V. (2021). Perseguidas por abortar: 366 mujeres han sido imputadas por aborto sin causales, 39 son menores de edad. *El Mostrador*.  
[www.elmostrador.cl/braga/2021/12/09/perseguidas-por-abortar-366-mujeres-han-sido-imputadas-por-aborto-sin-causales-39-son-menores-de-edad/](http://www.elmostrador.cl/braga/2021/12/09/perseguidas-por-abortar-366-mujeres-han-sido-imputadas-por-aborto-sin-causales-39-son-menores-de-edad/).
- Pedrero, M. (2012). Metodología cuantitativa para reforzar estudios cualitativos. En N. Blazquez, F. Flores y M. Ríos (Coordinadoras), *Investigación feminista, epistemología, metodología y representaciones sociales*. CEIICH, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Pérez San Martín, P. (2015). *Manual introductorio a la Ginecología Natural*. Ginecosofía Ediciones.
- Pérez Sedeño, E. y Ortega Arjonilla, E. (2014). *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y de la tecnología*. Cátedra.
- Pozzio, M.R. (2014) “El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada”: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México. *Salud Colectiva*, 10(3): 325–337.
- Pozzio, M.R. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el parto humanizado y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1): 101–117.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Quattrochi, P. y Magnone, N. (comp.) (2020). *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualizaciones, experiencias, medición y estrategias*. Cuadernos del ISCo: Buenos Aires.
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y Modernidad/Racionalidad. *Perú Indig.* 13(29): 11–20.
- Quintanella, C. (2020). *Violencia ginecobstétrica. Abusos, malos tratos e incomodidad en los servicios ginecobstétricos del norte de Centroamérica*. Agencia OCOTE.  
<https://www.agenciaocote.com/blog/2020/08/24/abusos-malos-tratos-e-incomodidad-en-los-servicios-ginecobstetricos-del-norte-de-centroamerica/>
- Red Chilena Contra la Violencia hacia las Mujeres. (2015). *El continuo de violencia contra las mujeres y la creación de nuevos imaginarios*.

- Reyes, D., Villagrán, J., von Marées, L., & Eguiguren, T. P. *Experiencias en la Docencia Médica de pregrado en la Universidad de Chile: Caso Ginecología-Obstetricia, una perspectiva desde los derechos de las mujeres.*
- Rich, A. (1984). *Blood, Bread and Poetry. Selected Prose 1979-1985.* Norton.
- Rich, A. (1994). Notes Towards a Politic of Location. En: *Blood, Bread & Poetry. Selected Prose 1979-1985.* Norton.
- Rich, A. (1995). *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution.* Norton.
- Rich, A. (1996) Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *DUODA Revista d'Estudis Feministes, (10):* 15–52.
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Traficantes de sueños.*
- Rito, D., Rhodes, C., Davis, G., Hardy, E., Kovacs, T., Sarver, W. & McNett, M. (2018) Changing the Physical Environment in the Urodynamic/Gynecological Procedure Room. *AAACN Viewpoint Pitman, 38 (3)* 4–7.
- Rogers, C. (1959). A Theory of Therapy. Personality and Interpersonal Relationships, as Develop in the Client-centered Framework. En Sigmund Koch (comp.), *Psychology: A Study of a Science* (vol. III, pp. 184-256). Mc Graw-Hill.
- Ruiz-Berdúm, D. & Olza, I. (2016). The Past and The Present of the Obstetric Violence in Spain. En Ana Leonor Perera y Joao Rui Pita (coords.), *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* [pp.97-104] falta

paginación]. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra.

Sadler, M. (2022) Naming routine episiotomy for what it is: female genital mutilation. Conceptual contributions from childbirth experiences in Chile. *Religación*, 7 (34): e210995. <http://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.995>

Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdúm, D., Leiva-Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P. y Clausen, J. (2016). Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence. *Reproductive Health Matters*, 24, 47: 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

Salinero S, García C, Guzmán T, Cárdenas M. (2020). *Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile. Síntesis de resultados* [Internet]. Valparaíso: Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica. <https://drive.google.com/file/d/1fh7zQQ7V4c-Ij1eQDiZaHIJyKFsS9ooe/view?usp=sharing>.

Salinero S. (18 de noviembre de 2017). El parto en casa una respuesta a la violencia obstétrica e institucional. *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/11/18/parto-en-casa-una-respuesta-a-la-violencia-obstetrica-e-institucional/>

Salinero S. (2021). Fue un terremoto: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. *Debate feminista*, 62 (2): 142–168. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>

- Salinero, S. (26 de julio 2023) “Objetualización y paternalismo en ginecología: la importancia de protocolos y consentimiento expreso”. *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/braga/2023/07/18/objetualizacion-y-paternalismo-en-ginecologia-la-importancia-de-protocolos-y-consentimiento-expreso/>
- Salinero, S. y Cárdenas, M. (2021). Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81 (3): 226 – 238. <https://doi.org/10.51288/00810306>
- Sampaio, J., Tavares, T, Lopes de Albuquerque, H. & Thuany B. (2019). Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam. *Revista Estudos Feministas*, 27 (3): e56406.
- Santana Nazarit, P. y Peña Sánchez, E. (2019) Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Revista de estudios de Antropología Sexual*, 10(1):105–123.
- Sanyal, M. (2018). *Vulva: La revelación del sexo invisible*. Anagrama.
- Schniederjan, S., & Donovan, G. K. (2005). Ethics versus education: pelvic exams on anesthetized women. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 98(8),: 386–388.
- Schroll A, Kjaergaard H, Midtgaard, J. (2013) Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women – a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(74). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>
- Scully, D. & Bart, P. (1973). A Funny Thing Happened on the Way to the Orifice: Women in Gynecology Textbooks. *American Journal of Sociology*, 78 (4): 1045–1050.

- Seehusen, D., Johnson, D., Earwood, JS, Sethuraman, S., Cornali, J., Gillespie, K., Doria, M., Farnell, E., & Lanham, J. (2006). Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ (Clinical research)*, 333(7560): 171. <https://doi.org/10.1136/bmj.38888.588519.55>
- Sena, LMs. (2016). “Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”. *A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*. Tesis de doctorado. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad General de Santa Catarina.
- Sesia, P. (2020) Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En Quattrochi, P. y Magnone, N. (comp.) *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualizaciones, experiencias, medición y estrategias*. Cuadernos del ISCo.
- Seymore, C., Durant, RH., Jay, MS, Freeman, D, Gomez, L., Sharp, C. & Linder, CW. (1986). Influence of position during examination, and sex of examiner on patient anxiety during pelvic examination. *The Journal of pediatrics*, 108(2): 312–317. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(86\)81011-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(86)81011-3)
- Silva, J. (2008). Aplicaciones del método biográfico: de memorias y olvidos. En P. Salinas y M. Cárdenas (comps.), *Métodos de investigación social. Una aproximación desde las estrategias cuantitativas y cualitativas* (pp. 313-334). CIESPAL.
- Simonović, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de*

*salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica.* (Doc. N° A/74/137). United Nations Digital Library.  
<https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>

Strömquist, L. (2018). *El Fruto Prohibido*. Reservoir Books.

Swahnberg IM, Wijma B. (2003). The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*, 13(4): 361–366.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/13.4.361>.

Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, et al. (2007). Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86(3): 349–56. <https://doi.org/10.1080/00016340601185368>.

Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. (2007) Nullified: women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecologic*, 28(3): 161–67. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>

Swahnberg K, Wijma B, Hearn J, Thapar-Björkert S, Berterö, C. (2009) Mentally Pinioned: Men's perceptions of being abused in health care. *International Journal of Men's Health*, 8(1): 60–71. <https://doi.org/10.3149/jmh.0801.60>

Tarzibachi, E. (2017) *Cosa de Mujeres. Menstruación, Género y Poder*. Editorial Sudamericana.

The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG (2018). Committee Opinion No. 754: The Utility of and Indications for Routine Pelvic Examination.

*Obstetrics and gynecology*, 132(4): e174–e180.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002895>

The Boston Women's Health Collective. (2006) *Our Bodies, Ourselves: Menopause*. Touchstone Book.

Tijoux E. y Palominos, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis*, 14(42): 247–275. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-65682015000300012&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-65682015000300012&script=sci_arttext)

Tillman, S. (2023). Presumed consent for pelvic exams under anesthesia is medical sexual assault. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 16(1): 1–20.

Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S, Guedes, A., Reveiz, L., Valdez Santiago, R, Nogueira Pileggi, V., Arenas-Monreal, M, Rojas-Carmona, A., Pina-Pozas, M., Gómez Ponce de León, R. & Souza, J. (2019) Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43: e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

Tovar, P. 2006. “De historias, histerias e hysterectomías: la construcción de los discursos médicos y los imaginarios sobre la reproducción femenina”. En: VIVEROS VIGOYA, M. (Ed.). *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. (pp. 35–61). Tercer Mundo, CLAM, Universidad Nacional de Colombia - Centro de Estudios Sociales: Bogotá.

- Towle, S. (2022) 'Poorly relaxed women': A situational analysis of pelvic examination learning materials for medical students. *Medical Education* 56(7) 716-723. <https://doi.org/10.1111/medu.14737>
- Trebisacce, C. (2016) Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta Moebio*, 57: 285–295.
- Ubel, P. A., Jepson, C., & Silver-Isenstadt, A. (2003). Don't ask, don't tell: a change in medical student attitudes after obstetrics/gynecology clerkships toward seeking consent for pelvic examinations on an anesthetized patient. *American journal of obstetrics and gynecology*, 188(2): 575–579.
- Valdebenito, J. (2018) *Representaciones sociales de mujer según gestantes, parturientas y puérperas que vivieron experiencias de Violencia Obstétrica*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Vallana, V. (2022) “La enfermedad normal” aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 34: 90–107.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, Salud y poder*. Ediciones Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2017). *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud*. Capitan Swing.
- Vergara Sánchez, PK. (2013). *El viaje de las invisibles. Manifestaciones del Régimen Heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas*. Tesis de maestría. México (DF): Universidad Autónoma Metropolitana

- Villanueva, L., Ahuja, M., Valdez, R. y Lezana, M. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, 21 (1): 7–25. Recuperado el 20 de abril de 2017 de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79665>
- Wagner, M. (1999). Episiotomy: A form of genital mutilation (correspondence). *The Lancet*, 353(9168): 1977–1978. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77197-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77197-X)
- Wijma B, Zbikowski A, Brüggemann AJ. (2016). Silence, shame and abuse in health care: theoretical development on basis of an intervention project among staff. *BMC Medical Education*, 16 (1): 75–88. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0595-3> .
- Wittig, M. (2019). *Guerrilleras*. Hekht Libros.
- Wright, D., Fenwick, J., Stephenson, P. & Monterosso, L. (2005). Speculum 'self-insertion': a pilot study. *Journal of clinical nursing*, 14(9): 1098–1111. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01205.x>
- Young, K., Fisher, J., & Kirkman, M. (2019). “Do mad people get endo or does endo make you mad?”: Clinicians’ discursive constructions of Medicine and women with endometriosis. *Feminism & Psychology*, 29(3): 337–356. <https://doi.org/10.1177/0959353518815704>
- Zárate, M. S. (2001). “Enfermedades de Mujeres” Ginecología, Médicos y presunciones de género. Chile, fines del siglo XIX. Pensamientocrítico.cl. *Revista Electrónica de Historia*. N°1. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0023709.pdf>

Zeldes K, Cupaiolo C, Norsigian J, Romano A, Sanford W; (2011). *OBOS Global Initiative. Our bodies. Ourselves.* New York: Simon & Schuster.

## **Reseña biográfica de las participantes de los grupos de discusión**

Luz, 58 años, dos hijxs que ya no viven con ella. Se desempeña como contadora en una institución pública. Activista feminista.

Ana, 58 años, trabaja como terapeuta en un centro de rehabilitación para mujeres en un hospital de la región de Valparaíso. Tiene un hijo grande. Ha participado en el movimiento feminista.

Marta, 40 años, cubana, una hija adolescente nacida en Cuba. Escritora y estudiante de doctorado.

Clara, 37 años, con estudios de posgrado. Se desempeña como asistente de proyecto de investigación.

Olivia, 62 años, dos hijxs, jubilada. Vive entre Valparaíso y Calera.

Rosa, 22 años, estudiante de psicología en práctica. Vive con su madre y su hermano en la región de Valparaíso.

Iris, 29 años, se desempeña como psicóloga clínica, lesbiana. Activista lesbofeminista, vive en la región de Valparaíso.

Andrea, 26 años, socióloga, trabaja como asistente en diversos proyectos de investigación. Activista feminista. Vive en la región de Valparaíso.

Sofía, 32 años, dos hijxs pequeños, cursa estudios técnicos y trabaja en una empresa. Vive en la región de Valparaíso.

Clementina, 40 años, una hija pequeña. Psicóloga y trabaja en un proyecto de investigación en educación en la Universidad. Vive en Antofagasta. Participa en el movimiento feminista.

Renata, 25 años, trabaja como psicóloga en un colegio. Vive en Antofagasta.

Nicole, 47 años, dos hijos, artista visual. Vive en Antofagasta.

Francisca, 52 años, cuatro hijxs, se desempeña como psicóloga en un colegio. Vive en Antofagasta.

Antonia, 44 años, una hija. Periodista. Vive en Antofagasta. Participa en el movimiento feminista.

Mabel, 64 años, tres hijxs, dos nacidxs por cesárea. Profesora universitaria e investigadora. Vive en Antofagasta.

Tania, 37 años, una hija pequeña, fonoaudióloga. Actualmente se dedica a la crianza. Vive en Antofagasta.

Alejandra, 47 años, dos hijos, boliviana. Psicóloga, trabaja en un colegio. Vive en Antofagasta.

Inés, 40 años, un hijo. Trabaja como profesora de inglés. Vive en Antofagasta.

Hilda, 56 años, dos hijos. Trabajadora independiente. Vive en Antofagasta.

Nadía, 25 años. Trabaja como psicóloga en un colegio. Vive en Antofagasta.

Sonia, 48 años, tres hijxs. Abogada, se desempeña en el área de derechos humanos. Vive en Santiago.

Nora, 73 años, argentina, cinco hijxs, jubilada. Estudió Pedagogía en Historia. Vive en Santiago.

Rocío, 45 años, dos hijos grandes nacidos por cesárea. Estudiante de doctorado. Vive en Santiago.

Flor, 45 años. Artista visual. Vive entre Santiago y Valparaíso.

Claudia, 36 años, un hijo pequeño nacido por parto vaginal. Ingeniera en minas, se dedica actualmente a la crianza. Vive en la región metropolitana.

Celeste, 37 años, una hija pequeña nacida por parto natural sin anestesia. Educadora diferencial, trabaja en una institución pública. Vive en Santiago.

Pilar, 62 años, dos hijos nacidos por cesárea. Trabajó como secretaria bilingüe y luego de dedicó a la crianza. Jubilada. Vive en Santiago.

Laura, 47 años, dos hijos adolescentes nacidos por cesárea. Licenciada en Literatura, actualmente se encuentra sin trabajo. Vive en Santiago.

Sol, 26 años, socióloga recién titulada. Hizo su práctica en el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile y posteriormente su tesis sobre violencia obstétrica. Vive en Santiago.

Débora, 36 años, una hija pequeña por parto inducido y actualmente gestando mellizxs. Trabaja de forma independiente atendiendo su café. Vive hace 6 años en Puerto Natales.

Manuela, 36 años, un hijo pequeño nacido por parto vaginal. Trabaja como psicóloga en atención pública. Vive en Puerto Natales hace 10 años.

Julia, 57 años, una hija adulta nacida por cesárea. Periodista independiente. Vive en Puerto Natales.

Abril, 27 años, una hija. Monitora Social especialista en violencia intrafamiliar. Participa en el movimiento feminista. Vive en Puerto Natales.

Maite 32 años, dos hijos nacidos por cesárea. Empresaria en Hostelería y gastronomía. Puerto Natales.

Sara, 29 años, gestando, realiza sus atenciones en Punta Arenas. Arquitecta. Vive en Puerto Natales.

Lila, 32 años francesa, sus dos hijos nacieron en Francia. Trabaja de forma independiente como fisioterapeuta. Vive hace 6 años en Puerto Natales.

Emma 35 años, una hija nacida por cesárea. Ingeniera en Acuicultura. Oriunda de Valparaíso, vive desde hace años en Puerto Natales.

Rita, 27 años, un hijo lactante nacido por cesárea. Psicopedagoga. Vive en Puerto Natales.

Leyla, 30 años, su hija nació con sufrimiento fetal debido a violencia obstétrica. Trabajaba como Técnica en Párvulos en un jardín infantil, hoy se dedica completamente a las terapias de rehabilitación de su hija. Vive en Puerto Natales.

Marcela, 28 años, psicóloga. Vive en Puerto Natales.

Paz, 35 años, gestando, realiza sus atenciones prenatales en Punta Arenas. Ingeniera comercial. Vive en Puerto Natales.

Aurora, 37 años, un hijo pequeño nacido por cesárea. Educadora. Vive en Puerto Natales.

Paula, 29 años, profesora de historia, oriunda de Santiago. Vive en Puerto Natales hace varios años. Participa del movimiento feminista de la ciudad.

Cinthia, 47 años, peruana, un hijo adulto nacido en Perú. Lleva 4 años viviendo en Puerto Natales.

Violeta, 39 años, peruana. Vive con su pareja en Puerto Natales.

Pía, 26 años, profesora de educación física y salud. Vive en Puerto Natales.

Lotte, 27 años, holandesa, tiene un hijo lactante nacido por parto natural en Holanda. Trabaja como guía de trekking en Puerto Natales.