




Posición obligatoria: Experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile

Compulsory Position: Experience of Violences in Gynecological Care in Chile

Stella Salinero Rates

Doctorado en Estudios Interdisciplinarios sobre Pensamiento, Cultura y
Sociedad, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile,
stellasalinero@gmail.com,  <https://orcid.org/0000-0002-6021-4591>

Recibido: 1 de julio de
2023

Aceptado: 30 de enero de
2024

Publicado: 18 de marzo
de 2024

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar las percepciones de las mujeres que han vivido violencia ginecológica acerca de cómo son vistas por las y los profesionales de la salud en Chile. Realicé grupos de discusión en algunas de las principales ciudades del país. Los resultados dan cuenta de que comparten la sensación de encontrarse expuestas y vulnerables, constreñidas y cuestionadas en sus decisiones acerca de su salud y sexualidad. Por medio de un análisis temático planteo que existe un tema central que recorre el conjunto de relatos: la “posición obligatoria”. Esta posición posibilitaría el ejercicio de la violencia ginecológica y se manifestaría tanto en la posición física en la camilla como en la posición de subordinación de las mujeres y lo femenino en nuestra sociedad.



CÓMO CITAR: Salinero, Stella. (2024). Posición obligatoria: experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 10, e1076. doi: <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v10i1.1076>

Palabras clave: violencia ginecológica; violencia de género; modelo médico hegemónico; feminismo.

Abstract

This study is to analyzes the perceptions of women who have experienced gynecological violence about how they are viewed by health professionals in Chile. I led focus groups in some of the main cities of the country. The results show that they share the feeling of being exposed and vulnerable, constrained and questioned in their decisions about their health and sexuality. Through a thematic analysis, I propose that central theme runs through all the stories: the “obligatory position”. This position would enable the exercise of gynecological violence and would be manifested both in the physical position on the stretcher and in the subordinate position of women and the feminine in our society.

Key words: gynecological violence; gender violence; hegemonic medical model; feminism.

Introducción

Aunque creíamos superados los discursos médicos misóginos implantados fuertemente en el siglo XIX desde Europa (Ehrenreich y English, 2010; García-Dauder y Pérez, 2017; Strömquist, 2018; Valls-Llobet, 2009; Zárata, 2001) vemos como muchas de sus imágenes se repiten y circulan hoy en nuestra sociedad, lo que hace resonar creencias arraigadas acerca de la inferioridad física y la supuesta inestabilidad emocional de las mujeres (Martin, 2001; Maines, 2017; Gervas 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 de lo femenino y lo masculino, por ejemplo, de que nuestro útero y sistema reproductor nos vuelve más emocionales, inestables o proclives al cuidado. Las diferencias anatomofisiológicas entre los cuerpos son cargadas de valor, provocando que lo femenino aparezca de forma negativa. Del mismo modo, la clase social, raza, pertenencia étnica, localización geográfica, nivel educativo, orientación y prácticas sexuales, así como

valores o creencias culturales, opciones de vida o condiciones de inmigrante o de refugiadas son diferencias invisibilizadas, olvidadas y negadas (Valls-Llobet, 2017).

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 nacer¹; un rito iniciado en la menarquia y que continúa 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 esclavizadas. Figuras consideradas padres de la disciplina desarrollaron sus técnicas al coste del sufrimiento de los cuerpos de las mujeres, lo que construyó 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 serie de abusos, desde la experimentación en mujeres esclavizadas para desarrollar el tratamiento de la fístula, hasta los ensayos clínicos de las pastillas anticonceptivas en mujeres pobres de Puerto Rico, quienes sufrieron los 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 la ginecología y la obstetricia se realiza habitualmente en los servicios públicos en los cuerpos de las mujeres sin su consentimiento. En el norte global se realizan exámenes pélvicos sin

¹ Con personas asignadas mujeres al nacer me refiero a todas las personas que utilizan servicios de ginecología que se consideran a sí mismas o no mujeres, incluyendo a personas no binarias, de género fluido u hombres trans.

autorización, aprovechando la sedación de las mujeres que se someten a alguna intervención quirúrgica, lo cual se ha calificado como abuso sexual (Hendricks y Seybold, 2022). 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 sobreintervención (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 (Asociación mujeres para la salud, 2018; Galaviz de Anda, Díaz y Prado, 2015; Chiarotti, García, Aucía y Armichiardi, 2003; Mena-Tudela, Iglesias-Casás, González-Chordá, Cervera-Gasch, Andreu-Pejó y Valero-Chilleron, 2020; Quintanela, 2020). Las situaciones más frecuentes refieren los 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; Observatorio de Violencia Obstétrica; 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 (Organización Mundial de la Salud, 2014). Según datos de la Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica en Chile, (Colectiva contra la violencia ginecológica y obstétrica, 2020), 67% de quienes contestaron reporta haber vivenciado violencia ginecológica (VG) y 79.32% violencia obstétrica (VO). 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, 17.45% ha sido víctima de abuso sexual dentro de la consulta.

El presente estudio y su perspectiva analítica

El objetivo de este estudio es analizar las percepciones de las mujeres que han vivido violencia ginecológica acerca de cómo son vistas por las y los profesionales de la 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 en la consulta ginecológica excede las situaciones que enmarcan 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 (2016) “el uso de servicios ginecológicos se caracteriza por requerirse en cualquier etapa de la vida de la mujer, mientras que la obstetricia hace referencia a un periodo concreto, el embarazo, parto y puerperio” (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 cada año muchas personas asignadas mujeres al nacer. 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 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 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, Pecheny, Tamburrino, Luciani, Perrotta, Capriani, Andia, Mario, e Ibarlucia, 2014; Cano, 2019; Vergara, 2013).

Elijo utilizar el concepto violencia ginecológica porque como palabra —ginecológica— hace referencia a un sentido más amplio que permite la identificación de violencias vividas por parte de mujeres y personas usuarias de estos servicios, 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 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, Santos, Ruiz-Berdún, Leiva, Skoko, Gillen, Clausen 2016), 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; Sala, 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 relacionadas con regañar o infantilizar—, y 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, etcétera—, 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, o violación. (Cárdenas y Salinero, 2023b). Dichas violencias pueden causar sufrimiento inmediato o de largo plazo, afectar gravemente la confianza en el sistema de salud, lo que provoca evitar acudir a 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 experiencias 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 de las mujeres, sus cuerpos y sexualidad (Harding, 1996; Hubbard, 1995; Pérez y Ortega, 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 en 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 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 desarrollan 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 el que los datos fueron producidos mediante grupos de discusión. En total se llevaron a cabo 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 (2019) 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” (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 donde expliqué a las colaboradoras los objetivos del estudio, les hice entrega de un consentimiento informado que leímos juntas y firmaron, y se quedaron con una copia. 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

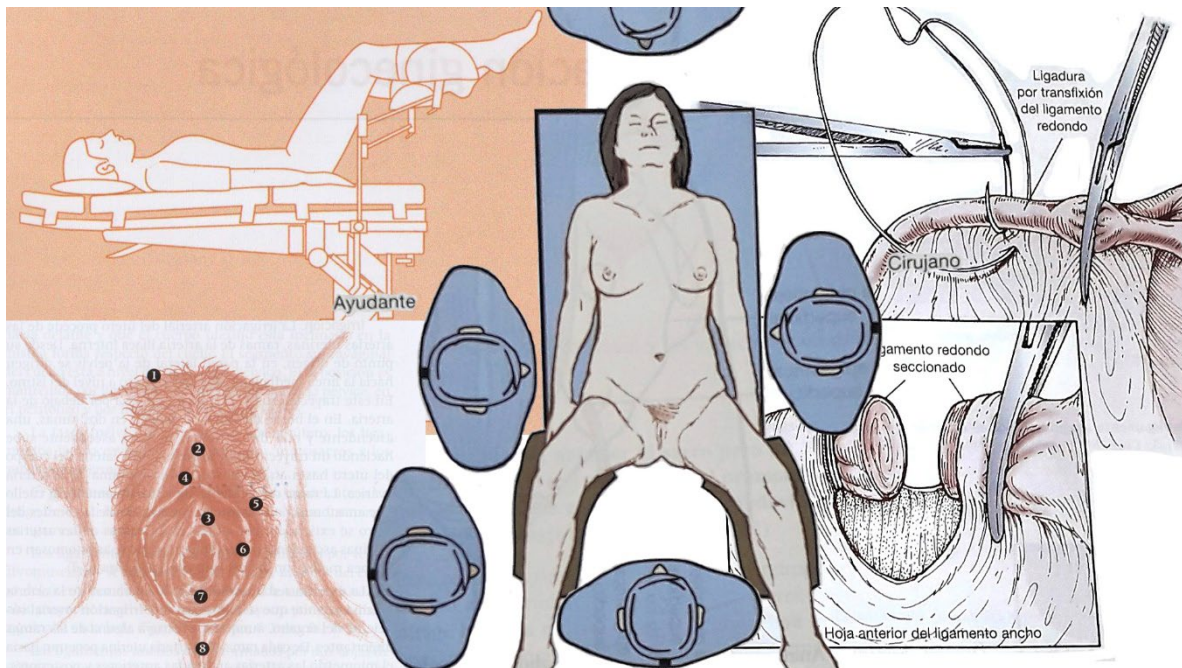
Las ciudades donde realicé los grupos de discusión fueron elegidas con base en una combinación de criterios que me permitieran abarcar diversas realidades territoriales, para poder tener información adicional de lo que ocurre en la capital de Chile en relación con las regiones en cuanto a la atención 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 quienes colaboraron en los grupos. Este criterio no sólo responde a una necesidad metodológica, sino también a una razón ética, puesto que se trata de una investigación que indaga en aspectos muy sensibles de la vida de las personas asignadas mujeres al nacer, 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). 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 personas asignadas mujeres 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, etcétera. Santiago y Valparaíso concentran más de la mitad de la población nacional, mientras que Antofagasta y Puerto Natales se consideran zonas extremas.

El sistema de salud en Chile es altamente segmentado y fragmentado (Castillo y Molina, 2020), 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). Lo que

convierte al sistema de salud 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. Santiago, Valparaíso y Antofagasta cuentan con mayor oferta de prestadores privados (hospitales y clínicas) mientras que en Puerto Natales la alternativa sólo 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 (Núñez y Gómez, 2021). Todo lo anterior lleva a que muchas personas, 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 (Fondo Nacional de Salud, FONASA) puede hacer uso del sistema privado mediante un copago de la atención, es decir, una parte del monto total de la atención no lo cubre el seguro de salud público y éste debe realizarlo la persona afiliada directamente salvo que se encuentren entre las categorías más bajas, en cuyo caso no pueden atenderse de forma privada.

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, acerca de 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. Seguí una de las recomendaciones de Rosaline Barbour (2013) de utilizar material de estímulo alusivo a la problemática a tratar para romper el hielo en los grupos de discusión y propiciar el diálogo y la reflexión. Mostré en cada encuentro un *collage* realizado por mí a partir de diferentes imágenes extraída de manuales de ginecología al uso en Chile (Berek, 2019) y otro del autor chileno Alfredo Pérez (2014), me centré en las representaciones del cuerpo, ya sea completo o en fragmentos.



Fuente: *Collage* elaboración propia

Colaboraron un total de 47 personas 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 (trece 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 quienes 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.

Realicé un análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2021), que fue útil en mi trabajo por su énfasis en el sentido interpretativo, considerado como creativo y crítico. Las autoras Virginia Braun y Victoria Clarke 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, lo que me permitió la inmersión y lectura profunda de la información para 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 y las respuestas físicas frente a estos, 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 a continuación.

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. Fue relatada como un momento de mucha tensión, donde hay que controlar la ansiedad que se produce por el sólo 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 (por ejemplo, introducción de objetos o 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 (por ejemplo, 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 [Papanicolau], 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 habían 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 dobladas 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 estas situaciones también se producen porque nos sometemos disciplinadamente a los controles, posibilitando la 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 acerca de 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, ésta se nos impone y asumimos el mandato de “cuidar nuestra salud”, de ser responsables, aun a sabiendas de que ello implica un trato degradante y el soportar malos tratos físicos o psicológicos.

Estableciendo relaciones desde la jerarquía y superioridad

Del mismo modo que la experiencia en la consulta es significada como muy invasiva dada la posición que físicamente deben/debemos adoptar, las colaboradoras también la describen 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, etcétera)

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 para reforzar esta idea (separación física, actitud, disposición del mobiliario, etcétera).

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 subestimaba (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 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 colaboradora 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 la sexualidad

Conectado con el tema anterior es la dificultad e incluso la 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 por parte del personal de salud y manifiesta un ejercicio de poder institucionalizado sobre las mujeres en tanto categoría social. AtaÑe a la dificultad de decidir respecto a nuestra salud sexual y reproductiva, pero también 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 o la ginecóloga o matrona y basada en una visión de nosotras como ignorantes, en el convencimiento de 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 todavía hijas/os.

...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, por ejemplo, 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 de salud público o privado, 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 adecuado, 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 dejaban 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 mencioné: 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 se ha informado más sobre su cuerpo y que ha comenzado a utilizar ginecología natural, la cual consiste en el rescate de saberes ancestrales utilizados para hacernos cargo de nuestra salud ginecológica, por ejemplo, mediante el uso de hierbas para tratar infecciones como hongos, por ejemplo. (Pérez San Martín, 2015). 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 antimédicos. 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, los cuales se entregan de forma gratuita en los servicios públicos, así, de esa manera muestran cuánto poder saben que poseen sobre nuestras vidas. O, por ejemplo, las mujeres lesbianas que desean realizarse revisiones ginecológicas para cuidar su salud sexual ponen en evidencia la carga de la profunda heteronormatividad de la consulta ginecológica. Ambos relatos, desde una perspectiva interseccional, señalan cómo 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 de 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 forzosamente 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 sociosimbólicas. Serían el correlato de nuestro lugar subordinado en la sociedad, retraducido 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 (Bates, Carroll y Potter, 2011; Elizalde, 2018).

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 y 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 de vulnerabilidad 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 (Elizalde, 2018; Cárdenas y Salinero, 2023a). Es decir, esta posición vulnerable permite que en la práctica los abusos muchas veces se hagan posibles.

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 el o la profesional. Es más, muchas de las propuestas de mejora de la experiencia, incluyen participación de quienes asisten. La educación ginecológica (Latta y Wiesmeier, 1982) consiste en explicar cada parte del procedimiento y función antes de su realización, utilizando muchas veces un espejo para el autorreconocimiento del cuerpo, (Liston y Liston, 1978); la autoinserción del espéculo, cuyo objetivo es disminuir la ansiedad, fortalecer la comodidad y satisfacción del procedimiento, y animar a la autotoma de muestra de células cervicales para el examen del Papanicolau (Wright, Fenwick, Stephenson y 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, Method, Rogan, Walsh, White, y Thomas, 2009; Seehusen, Johnson, Earwood, Sethuraman, Cornali, Gillespie, Doria, Farnell y Lanham, 2006; Seymore, DuRant, Jay, Freeman, Gomez, Sharp y Linder, 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 autotoma 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, Cannoni, Merino, Bollmann, Hidalgo, Castro y Schulin-Zeuten, 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, Thapar-Björkert, Berterö, 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, 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 (2009) ha dicho que los tactos son un evento significativo para establecer la interacción de las mujeres con la autoridad médica. 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; Zárata, 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 (2014) 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” (p. 166). ¿Qué hacemos para enfrentarnos a ello? Como dice Valls-Llobet (2009), dejar de obedecer, dejar el miedo a un lado y rebelarse 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 como cuestionarse la falta de información, cambiarse de profesional o preferir atenderse con profesionales mujeres. También, hay agencia 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, porque el problema de base se mantiene. Esas posibilidades se dan cuando los recursos económicos lo permiten, hay disponibilidad de otra atención donde se vive 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 Book 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. Lo cierto es que, las y los profesionales ridiculizan la ginecología natural o cuestionan el parto en casa. 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 a pesar de 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 más estresantes y que mayor ansiedad provoca, siendo al mismo tiempo uno de los más realizados (O'Laughlin, Strelow, Fellows, Kelsey, Peters, Stevens y Tweedy, 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 anual de rutina para personas asintomáticas, sin historial de riesgo y que no están gestando, lo que plantea que la decisión debe ser compartida entre la paciente y el 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 (en Elizalde 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 nombran una experiencia “extracorporal”. Siguiendo a la autora, plantea que lo que sucede en los exámenes de rutina, con su periodicidad anual, es un ritual en donde se 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 se les 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 más que estar ahí, despersonalizadas, mirando al techo.

También el dolor en la examinación es algo de lo cual no se habla, ¿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 (espéculo o los dedos), no hay un diálogo previo 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 y 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 en las desigualdades estructurales. Como expusieron las colaboradoras, por ejemplo, ser lesbiana llevará implícita una violencia por desacatar la heteronormatividad, lo que la excluye de ese espacio de salud, castigándola al mismo tiempo (Brown, Pecheny, Tamburrino, Luciani, Perrotta, Capriati, Andía, Mario, e Ibarlucia, 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, lo que las lleva 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, lo que las invisibiliza (Brown, Pecheny, Tamburrino, Luciani, Perrotta, Capriani, Andía, Mario, e Ibarlucia, 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 ella 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. Planteo que la consulta es un recordatorio —tanto por su posición física como por la manera en 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 de objetores de conciencia (individuales e institucionales). Así como se dificulta la esterilización voluntaria (Santana y Peña, 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 delinea 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 cuestionarse a nivel social acerca de la posición física de la consulta ginecológica, como ya ha sido instalada la crítica a nivel social para el parto y la violencia que se produce en su atención, porque de hecho “podría haber posiciones más amigables”, instrumental más amigable y personal menos hostil.

Este trabajo posee algunas limitaciones que deberé subsanar en futuros estudios. La primera de ellas consiste en que no he incluido análisis por edad, sin embargo, puedo decir que dada la progresiva conciencia de nuestros derechos y de la violencia a la que estamos expuestas, muchas mujeres jóvenes tienen más herramientas para detectar tempranamente la violencia en la consulta, a diferencia de las que tuvieron las mujeres mayores al enfrentar sus primeras atenciones y gestaciones. Lo que fue mencionado en los grupos como un cambio sociocultural dado por las luchas de las mujeres. Una segunda limitación, y que refiere un aspecto también muy importante, es la necesidad de incorporar las experiencias de las personas de la disidencia sexual y de género que asisten a los servicios de ginecología.

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 un *continuum* de violencia que vivimos las mujeres y personas usuarias de estos servicios. La posición obligatoria, la configure 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 sociosimbólica 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.

Agradecimientos

Deseo agradecer profundamente a todas aquellas mujeres que compartieron conmigo sus experiencias de violencia en las consultas ginecológicas y obstétricas a lo largo de Chile. Gracias por la confianza y por sus agudas reflexiones.

Referencias bibliográficas

- Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio. (2019). Ser lesBIana en Chile. Estudio exploratorio. Santiago: Clickprint. Fondo Alquimia. <https://www.rompiendoelsilencio.cl/>
- Almonte, Gabriela. (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>
- Arguedas, Gabriela. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a..v11i1.14238>
- Asociación mujeres para la salud (AMS). (2018). Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres. <https://www.mujeresparalasalud.org/como-percibimos-las-mujeres-los-servicios-de-ginecologia/>
- Barbour, Rosalind. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. España: Morata.
- Basualto-Ormazábal, María José; Zuñiga, Javiera y Cárdenas, Manuel. (2023) La consulta ginecológica: un desafío para las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile. *Musas. Revista de Investigación Mujer, Salud, Sociedad*, 8(2), 45-65 <https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num2.3>
- Bates, Carol; Carroll, Nina y Potter, Jennifer. (2011). The challenging pelvic examination. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 651-657. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1610-8>

Becerril-Montekio, Víctor; Reyes, Juan de Dios y Manuel, Annick. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(suplemento 2), 132-143. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5035/4861>

Belli, Laura. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art2-BelliR7.pdf>

Berek, Jonathan S. (2019). *Berek y Novak Ginecología* (16^a edición). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Braun, Virginia y Clarke, Victoria (2021). *Thematic Analysis. A Practical Guide*. Londres: SAGE.

Brown, Josefina; Pecheny, Mario; Tamburrino, María Cecilia; Luciani, Leandro; Perrotta, Gabriela; Capriati, Alejandro; Andia, Ana María; Mario, Silvia e Ibarlucia, Inés (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 18(51), 673-684. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0049>

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. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/2108

Cano, Virginia. (2019). Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (33), 19-41. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.03.a>

Cárdenas, Manuel y Salinero, Stella. (2023a). Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 83(1), 54-66. <https://doi.org/10.51288/00830109>

Cárdenas, Manuel y Salinero, Stella. (2023b). 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, Claudio y Molina, Helia. (2020). El sistema de salud chileno: análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 8(14), 53-67. https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800088_53-67.pdf

Castro, Roberto. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. <http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/46428/4169>

Chiarotti, Susana; García, Mariana; Aucía, Analía y Armichiardi, Susana. (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo de la Ciudad de Rosario/Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

Clarke, Adele. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory after the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, Sage Publications.

Colectiva contra la violencia ginecológica y obstétrica. (2020). *Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica en Chile. Síntesis de resultados*. Valparaíso-Talca. <https://drive.google.com/file/d/1fh7zQQ7V4c-Ij1eQDiZaHIJyKFsS9ooe/view>

Conejero, Carolina; Cannoni, Gigliola; Merino, Paulina M; Bollmann, Josefina; Hidalgo, Camila; Castro, Magdalena y Schulín-Zeuthen, Carolina. (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.

<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/129156/Experiencia%20con%20un%20metodo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Davis, Dána-Ain. (2019). Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560–573.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>

Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. (2010). *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres*. Madrid: Capitan Swing.

Elizalde. (6 de abril de 2018). When a “Routine” Exam Feels Like an Assault. *Lenny*.
<https://www.lennyletter.com/story/when-a-routine-exam-feels-like-an-assault>

Esteban, Mari Luz. (1996). Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. *Kobie Antropología Cultural*, (7), 17-40.

Fernández, Camila y Contreras, Natalia. (2015) *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado*. Santiago: Pensamiento y Batalla.

Galaviz de Anda, Martí; Díaz, Octavio y Prado, Carlos Alberto. (2015) La oculta violencia de la clínica ginecológica. *Medicina Social. Salud para Todos*, 10(2) 56-66.
<https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/851/1681>

García-Dauder, S. y Pérez, Eulalia. (2017). *Las “mentiras” científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.

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

Gómez, Adriana. (2007). *El parto en manos de las mujeres Humanizando los nacimientos*. Santiago: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Gómez, Susana (Comp.). (2016) *Rabo de Zorra. El parto como símbolo de recuperación*. Valparaíso: Quimantú, Corazón de Hueso.

Hamilton, Raenelle; Method, Michael; Rogan, Michael; Walsh, Mark; White, Luke, y Thomas, Scott. (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>

Harding, Sandra. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

Health for People with Vaginas. [consultado 10 de diciembre de 2021]. <https://yonacare.com/>

Hendricks, Perry y Seybold, Samantha. (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>

Hester, Helen. (2018). *Xenofeminismo. Tecnologías de género y políticas de reproducción*. Buenos Aires: Caja Negra Editora.

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

Illich, Ivan. (2015). Némesis médica. En *Obras reunidas I* (pp. 539-763). México: Fondo de Cultura Económica.

Kamberelis, George y Dimitriadis, Greg. (2015). Grupos focales. Articulaciones estratégicas de la pedagogía, la política y la investigación. En Norman Denzine e Yvonna Lincoln. *Manual de Investigación Cualitativa Vol. IV: Métodos de recolección y análisis de datos* (pp. 494-533). Buenos Aires: Gedisa.

Kapsalis, Terri. (2002). Mastering the Female Pelvis. Race and Tools of Reproduction. En Kimberly Wallace-Sanders (Ed.), *Skin Deep, Spirit Strong. The Black Female Body in American Culture* (pp. 263-300). Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Lamas, Marta. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. *Papeles de Población*. 5(21), 147-178. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/17833/13044>

Latta, Wendy y Wiesmeier, Edward. (1982). Effects of an educational gynecological exam on women's attitudes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 11(4), 242-245.

Letherby, Gayle. (2003). *Feminist Research in Theory and Practice*. Buckingham: Open University Press.

Liston, Joneen y Liston Edawrd Jr. (1978). The mirror pelvic examination: Assessment in a clinic setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 7(2), 47-50. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1978.tb00907.x>

Madriz, Esther. (2001). *A las niñas buenas no les pasa nada malo*. México: Siglo XXI.

Maines, Rachel. (2017). *La tecnología del orgasmo. La histeria, los vibradores y la satisfacción sexual de las mujeres*. Barcelona: Milrazones.

Manfrini, Daniele. (2016). “Somos todxs Adelir”: partir de si e ação política frente à la violência obstétrica eM Florianópolis. (Tesis de doctorado en Ciencias Humanas). Centro de Filosofia y Ciencias Humanas, Universidad Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. <http://www.bu.ufsc.br/teses/PICH0172-T.pdf>

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

Mena-Tudela, Desirée; Iglesias-Casás, Susana; González-Chordá, Víctor Manuel; Cervera-Gasch, Águeda; Andreu-Pejó, Laura y Valero-Chilleron, María Jesús. (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, Eduardo. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, (16), pp.1-25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

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/>

Núñez, Alicia y Gómez, Luis. (2021). Vigilancia del acceso a la salud en Chile: un sistema de indicadores para monitoreo multidimensional. *Revista Médica de Chile*, 149(1), 62-75.

Observatorio de Violencia Obstétrica. (2018). Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile. Santiago: Observatorio de Violencia Obstétrica. <http://ovochile.cl/destacados/observatorio-de-violencia-obstetricapresenta-resultados-de-la-primera-encuesta-denacimiento-en-chile/>

O'Laughlin, Danielle; Strelow, Brittany; Fellows, Nicole; Kelsey, Elizabeth; Peters, Sonya; Stevens, Joy y Tweedy, Johanna (2021). Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/2150132721992195>

Ollino, Raquel. (2017). *Partería Urbana. La emancipación del niño Shamán*. Valparaíso: Rei.

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. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=6BF04FAA214632AE2E5E26AB26550E01?sequence=1

Pérez San Martín, Pabla. (2015). *Manual introductorio a la Ginecología Natural*. Putaendo: Ginecosofía Ediciones.

Pérez, Eulalia y Ortega, Esther (Eds.), (2014). *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Cátedra.

Pérez, Alfredo. (2014). *Ginecología* (4ª edición). Santiago de Chile: Mediterráneo.

Pozzio, María. (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. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.396>

Quintela, Carmen (2020). *Violencia ginecoobstétrica. Abusos, malos tratos e incomodidad en los servicios ginecoobstétricos del norte de Centroamérica*. Agencia OCOTE. <https://www.agenciaocote.com/blog/2020/08/24/abusos-malos-tratos-e-incomodidad-en-los-servicios-ginecoobstetricos-del-norte-de-centroamerica/>

Redacción. (28 de septiembre de 2021). Egresada de la UNAM crea espéculo vaginal más cómodo. *La cadera de Eva*. <https://lasillarota.com/lacaderadeeva/egresada-de-la-uam-crea-especulo-vaginal-mas-comodo/564880>

Rich, Adrienne. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Rich, Adrienne. (1994). *Blood, Bread and Poetry*. Selected Prose 1979-1985. New York: Norton.

Rich, Adrienne. (1996). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *DUODA Revista d'Estudis Feministes*, (10), 15-52.

Sadler, Michelle; Santos, Mário; Ruiz-Berdún, Dolores; Leiva, Gonzalo; Skoko, Elena; Gillen, Patricia y Clausen, Jette. (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>

Sala, Valeria. (2020). “La enfermedad normal” aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, (34), 90–107. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>

Santana, Paula y Peña, Edith. (2019). Esterilización quirúrgica voluntaria como práctica anticonceptiva de las mujeres en Chile: resistencias, intereses y estigma reproductivo. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(1)105-123. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/15886>

Scully, Diane y Bart, Pauline. (1973). A Funny Thing Happened on the Way to the Orifice: Women in Gynecology Textbooks. *American Journal of Sociology*, 78(4), 1045-1050.

Seehusen, Dean; Johnson, Dawn; Earwood, J. Scott; Sethuraman, Sankar; Cornali, Jamie; Gillespie, Kelly; Doria, Maria; Farnell, Edwin y Lanham, Jason. (2006). Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*, 333(7560), <https://doi.org/10.1136/bmj.38888.588519.55>

Sena, Ligia. (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 de Salud Colectiva). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Santa Catarina-Centro de Ciencias de la Salud Florianópolis.

Seymore, Carolyn; DuRant, Robert; Jay, Susan; Freeman, David; Gomez, Lily; Sharp, Cecil, y Linder, Charles W. (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)

Strömquist, Liv. (2018) *El fruto prohibido*. Barcelona: Reservoir Books.

Swahnberg, Katarina; Thapar-Björkert, Suruchi y Berterö, Carina. (2007) Nullified: Women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 161-167. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>

The American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG committee opinion No. 754: The utility of and indications for routine pelvic examination. (2018). *Obstetrics & Gynecology*, 132(4), 174–180. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002895>

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

Trebisacce, Catalina. (2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (57), 285-295. <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/44480>

Valls-Llobet, Carme. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.

Valls-Llobet, Carme. (2017). *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud*. Madrid: Capitán Swing.

Vergara, Patricia. (2013). El viaje de las invisibles. Manifestaciones del Régimen Heterosexual en experiencias de mujeres lesbianas en consultas ginecológicas. (Tesis de maestría en Estudios de la Mujer), Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad

Xochimilco, México. <https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2018/06/EL-VIAJE-DE-LAS-INVISIBLES-Manifestaciones-del-R%c3%a9gimen-Heterosexual-en-experiencias-de-mujeres-lesbianas-en-consultas-ginecol%c3%b3gicas-.pdf>

Wright, Deborah; Fenwick, Jennifer; Stephenson, Pam y Monterosso, Leanne. (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>

Zárate, María Soledad. (2001). "Enfermedades de mujeres" Ginecología, médicos y presunciones de género. Chile, fines del siglo XIX. *Pensamiento Crítico. Revista Electrónica de Historia*. (1). <http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0023709.pdf>

STELLA SALINERO

Historiadora del Arte (Universidad de Chile) y máster en Estudios Avanzados en Historia del Arte (Universidad de Barcelona). Vivo y trabajo en la ciudad de Talca. Soy investigadora feminista y antiespecista, integrante de la Colectiva feminista contra la violencia ginecológica y obstétrica, Talca-Valparaíso. Entre mis líneas de investigación se encuentran: prácticas artísticas feministas; literatura y pedagogía poética; arte integrado a la arquitectura en Chile, y violencia ginecológica y obstétrica. Actualmente estoy terminando mi doctorado en Estudios Interdisciplinarios sobre Pensamiento, Cultura y Sociedad en la Universidad de Valparaíso, Chile.