



***Gine-co-lógica: panorama crítico de la violencia de género en la atención
ginecológica***

Presentado por:

Paola Andrea Rodríguez Bocanegra

Universidad del Rosario

Escuela de Ciencias Humanas

Bogotá, Colombia

2024

***Gine-co-lógica: panorama crítico de la violencia de género en la atención
ginecológica***

Presentado por:

Paola Andrea Rodríguez Bocanegra

Directora:

Viviana Valeria Alexia Vallana Sala

Artículo para optar por el grado de
Profesional en Artes Liberales en Ciencias Sociales

Universidad del Rosario

Escuela de Ciencias Humanas

Bogotá, Colombia

2024

Tabla de contenidos

Portada	1
Contraportada	2
Tabla de contenidos	3
Resumen	4
Abstract	4
Objetivos	5
Metodología.....	5
Introducción.....	7
Modelo Médico Hegemónico (MMH)	12
Deshumanización de la práctica médica	16
Interseccionalidad	23
Derechos sexuales y reproductivos	28
Discusión	33
Referencias	37
Agradecimientos	44

Gine-co-lógica: panorama crítico de la violencia de género en la atención ginecológica.

Resumen

El presente artículo presenta un panorama general de las investigaciones actuales con respecto a la violencia ginecológica independiente y separada de la violencia obstétrica y ginecobstétrica. En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica de artículos encontrados en las bases Google Scholar, Jstor, Scielo y Pubmed, orientada a conocer el estado actual de las investigaciones en torno al tema de violencia ginecológica, como un tipo de violencia poco reconocida hacia las personas designadas mujeres al nacer. En segundo lugar, desde una perspectiva crítica feminista y de los estudios de género, se realiza el análisis de los resultados encontrados, a partir de los términos clave en la literatura sobre dicha temática, a saber: interseccionalidad, deshumanización de la práctica médica, derechos sexuales y reproductivos y modelo médico hegemónico. Por último, se propone una definición de violencia ginecológica y se plantean algunas direcciones e inquietudes para tener en cuenta en futuras investigaciones.

Abstract

The present article provides an overview of current research on gynecological violence different from obstetric and gynecobstetric violence. Firstly, it conducts a literature review of articles found in databases such as Google Scholar, JSTOR, SciELO, and PubMed, aiming to understand the current state of research regarding gynecological violence as a little-recognized form of violence against individuals designated female at birth.

Secondly, from a critical feminist perspective and from gender studies, an analysis is conducted on the results found, based on key terms in the literature on this topic, namely:

intersectionality, dehumanization of medical practice, sexual and reproductive rights, and hegemonic medical model. Finally, it comes up with a definition of gynecological violence and outlines some directions and concerns to consider for future research.

Palabras Clave: VG, Modelo médico hegemónico, Deshumanización de la práctica médica, Interseccionalidad, Derechos sexuales y reproductivos.

Objetivos

- Comparar la literatura que existe sobre Violencia Ginecológica, en cuatro bases de datos diferentes, para entender el concepto, las diferencias que existen entre los exponentes del tema y las similitudes que se pueden encontrar al comparar los diferentes textos.
- Analizar las definiciones de Violencia Ginecológica brindada por la literatura para caracterizar el concepto.
- Promover el reconocimiento y la discusión académica sobre la violencia ginecológica especialmente en las ciencias sociales, de la salud y los estudios de género, con el fin de incentivar un debate multidisciplinario que permita comprender sus raíces, manifestaciones y consecuencias en la vida de las personas afectadas.

Metodología

La investigación realizada se propone como una revisión bibliográfica del concepto de Violencia Ginecológica, es decir, se realiza un análisis cualitativo de los textos elegidos.

Para este propósito, los criterios de selección de los artículos, se basaron en:

- Los textos deben utilizar el término “Violencia ginecológica” en el cuerpo del escrito.
- Estos deben ofrecer una definición del concepto en el cuerpo del texto.

Es decir, fueron excluidos de la revisión, los textos que utilizan el concepto de “violencia ginecológica”, pero que no cuentan con una explicación a lo que refiere el término.

Para realizar el rastreo de los textos se eligieron cuatro bases de datos que alimentaran la discusión desde diferentes disciplinas. Desde la medicina y ciencias de la Salud, PubMed es un catálogo que ofrece una amplia selección de artículos sobre diversos temas en el área, y desde las ciencias sociales Jstor y Scielo ofrecen análisis variados para alimentar la literatura. Por último, Google Scholar se utiliza debido a que es un motor de búsqueda amplio que realiza sus búsquedas en bases de datos variadas y las recolecta en un sólo lugar. Además, este último, facilita el acceso directo a los artículos y los repositorios en dónde fueron publicados.

Los artículos, además, fueron seleccionados según el idioma en que fueron escritos. Aquellos escritos en español e inglés fueron seleccionados por la facilidad de lectura, al ser dos idiomas manejados por la autora. Artículos en otros idiomas fueron descartados. No se hizo selección basada en el tipo de investigación, debido a que las diferentes maneras de recolección de datos alimentan el análisis propuesto.

El análisis de la literatura sobre la violencia ginecológica presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. En primer lugar, la selección de artículos basada únicamente en las bases de datos PubMed, Jstor, Scielo y Google Scholar, y restringida a textos en español e inglés, puede excluir investigaciones relevantes que se encuentran en otros repositorios o que están escritas en otros idiomas. Esto limita la representatividad de la muestra y puede pasar por alto estudios importantes en otros contextos lingüísticos o regionales. Además, al centrarse en artículos que definen explícitamente el término "violencia ginecológica", se corre el riesgo de excluir trabajos que aborden el

fenómeno sin utilizar esta terminología específica, lo que restringe la visión del fenómeno a un marco conceptual concreto.

Introducción

El término violencia obstétrica (VO) está mediado por años de activismo e investigación cuyo resultado es su reconocimiento estatal y mundial como parte inherente de la atención en procesos de embarazo, parto, puerperio, postparto y aborto. Es así que el Fondo de Población de las Naciones Unidas lo define como:

“la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Fondo de Población de las Naciones Unidas., 2006, p. 30)

Por su parte, el término violencia gineco-obstétrica se construye a partir de los estudios sobre violencia obstétrica y tiene como característica el reconocimiento de la violencia como un continuum que afecta a las personas desde el cuidado ginecológico hasta el obstétrico (Arguedas Ramírez, 2014; Brigidi et al., 2023; Camacaro Cuevas, 2009; Monroy Muñoz, 2012; Oliveira Brandão & Martínez-Pérez, 2022; Toapanta Lema & Torres Tello, 2023; Vallana Sala, 2016, 2019, 2020). Es decir, la violencia obstétrica y gineco-obstétrica tienen delimitado su campo de acción, principalmente, en los procesos reproductivos de las personas, y, en general, se refieren a los momentos de embarazo, parto, puerperio, posparto y aborto. Usualmente, no se hace una separación entre los términos violencia ginecológica y violencia obstétrica, sino que se reconoce como un mismo proceso que continúa entre ambos servicios durante la vida de las personas.

Teniendo en cuenta que el término violencia obstétrica está reconocido según los términos MeSH¹, vale la pena preguntarse por la manera en que el concepto de violencia ginecológica (VG) es utilizado en la literatura hoy en día, desligada del continuum que propone la violencia gineco-obstétrica. A pesar de que existe literatura referente a la VG en diferentes bases de datos reconocidas, repositorios universitarios y revistas diversas, todavía existe una brecha entre el conocimiento y entendimiento general del término VG, al no ser un término MeSH o un término reconocido por diferentes instituciones que han llegado a un consenso en la definición. La literatura respecto a Violencia Ginecológica, al utilizar este término, se basa en definiciones propias de los autores o en investigaciones recientes sobre la misma, y hasta el momento, no hay una definición base a la cual se refieren los diferentes autores para hablar sobre el tema, tampoco es común encontrar debates respecto al consenso de la definición. Esto no quiere decir que en las investigaciones a revisar no existan similitudes en la explicación, sino que, es importante revisar cómo se está utilizando el término, qué condiciones debe cumplir una acción para ser considerada VG y qué caracteriza, en términos generales, a este tipo de violencia diferenciada de la violencia obstétrica y del continuum gineco-obstétrico. Esta investigación entonces, pretende comparar la literatura en las bases de datos para encontrar las similitudes, las superposiciones y las diferencias que pueden existir en las diferentes producciones literarias sobre la VG.

La violencia obstétrica es un término MeSH y existen leyes en algunos países que previenen y hablan respecto a esta violencia que sufren las personas gestantes (Sadler, 2003; Vallana Sala, 2019). Esta violencia se reconoce generalmente en procesos de embarazo, parto, posparto, puerperio y aborto. En ese sentido, actos violentos que sufren las personas gestantes fuera de estos periodos (aquellos atendidos por la especialidad de la obstetricia) no entrarían

¹ “El MeSH: Medical Subject Headings, es el tesoro de MEDLINE. Se trata de un lenguaje controlado de términos biomédicos que representan el contenido de cada artículo referenciado en la base de datos.” (Biblioteca de Medicina, 2021)

dentro de la catalogación de violencia obstétrica. Esta violencia, ya reconocida, tiene la característica que afecta a una población específica, socialmente entendida como *las mujeres*², por ende, es comprendida como una violencia de género.

La ginecología y la obstetricia, son especialidades que no tienen contraparte de atención hacia los cuerpos *masculinos*³ (Salinero Rates, 2024a). Es claro que el cuidado obstétrico no puede tener un reflejo en cuerpos no gestantes, ya que la gestación es un proceso único a los cuerpos con útero y otras características específicas. Pero la ginecología, como una especialidad que se encarga del *cuidado* del sistema reproductor *femenino* no cuenta con una especialidad espejo en los cuerpos *masculinos*. Esto refleja una desigualdad en los estudios sobre el cuerpo y es una manera en la que se refleja la otredad del cuerpo *femenino* en la medicina, en donde se patologiza y se intenta entender el cuerpo *femenino* desde la observación y la diferenciación (Valls-Llobet, 2013).

Estas dos especialidades, aunque estén relacionadas por el *objeto/sujeto* de estudio, se encargan de momentos y procesos diferentes (Almonte García, 2016, p. 2). Es por esta razón que surge la pregunta sobre la VG. Si ambas son disciplinas que se estudian al tiempo, pero se encarga cada una de momentos y procesos diferentes del cuerpo de las *mujeres*, entonces, la violencia obstétrica y la VG tendrían también que ser diferentes, y tendrían características únicas a ellas. Donde a pesar de encontrarse en continuum de violencia gineco-obstétrica, se puedan separar y diferenciar una de la otra.

La literatura respecto a la violencia obstétrica y violencia gineco-obstétrica es muy amplia. En ella se hacen observaciones importantes sobre la colonización de los cuerpos gestantes y la manera en la que las interacciones médicas son un reflejo de las relaciones de poder que operan en el mundo. Ser un cuerpo leído como *mujer* en la sociedad trae consigo

² Se entiende que la categoría de mujeres opera como un imaginario social, y no como una categoría determinada por la biología.

³ Se utiliza la palabra *masculinos* como una categoría social asignada que lee los cuerpos según su genitalidad, sin embargo no se entiende en el texto como una categoría biológica tangible. Asimismo se utiliza el término *femeninos*.

una carga y unas creencias que afectan todas las interacciones y relaciones que este cuerpo tiene con otros (Arguedas Ramírez, 2014; Camacaro Cuevas, 2009; R. Castro & Erviti, 2015; Monroy Muñoz, 2012; Sadler, 2003; Vallana Sala, 2016, 2019, 2020).

Sin embargo, la VG al no ser reconocida por la comunidad internacional, ni académica, aún no cuenta con una definición con la cual realizar estudios más profundos sobre esta problemática. Este artículo tiene entonces el objetivo de reunir la literatura que existe sobre la VG, en cuatro bases de datos diferentes, para entender el concepto, las diferencias que existen entre los exponentes del tema y las similitudes que se pueden encontrar al comparar los diferentes textos. Por ello, la pregunta de investigación del artículo es ¿Qué es la violencia ginecológica y cómo se ha manejado este término en la literatura?

Buscar “violencia ginecológica” en diferentes motores de búsqueda, para entender mejor el concepto, es una tarea larga y difícil. Sobre todo cuando no se tiene claridad, ni un concepto clave al cual referirse para hablar sobre el tema. Es además complejo entender cómo opera esta problemática en el mundo y a quiénes les interesa producir conocimiento al respecto. Hablar de VG y solo referirnos a la producción de conocimiento desde la medicina, resulta en pocas investigaciones que resuelvan la pregunta principal para traer este concepto a la discusión. Al tiempo que referirse únicamente a textos de la sociología o las ciencias sociales, a pesar de exponer un componente importante de este tema, debe también incluir las reflexiones jurídicas y médicas al respecto, sin olvidar la amplia producción de los movimientos sociales y el activismo del movimiento feminista internacional. Elegir las bases de datos, entonces, es un paso importante para lograr comprender este fenómeno.

PubMed, Jstor, Scielo y Google Scholar son bases de datos que contienen producción académica en campos interdisciplinarios, de donde la información se puede triangular de manera más completa trayendo discusiones de las ciencias sociales y de la medicina; y en donde los textos también cuentan con referencias completas para alimentar más la temática y

la profundidad sobre el concepto. En este caso, las investigaciones utilizadas son aquellas que están escritas en español y en inglés debido a la facilidad de lectura de estos dos idiomas y a la amplia literatura que se encuentra en estas dos lenguas. En español, ya que el concepto de violencia obstétrica se crea desde Latinoamérica (Alkan et al., 2021), y de este parten las investigaciones sobre VG, y en inglés, ya que es el idioma en el que más artículos están escritos en el mundo académico actual.

Aquí entonces estarían los hallazgos de esta revisión de la literatura en cuatro bases de datos diferentes:

En los motores de búsqueda se hizo, inicialmente, una depuración de textos basada en la utilización del concepto “violencia ginecológica” dentro del cuerpo del texto. Esta utilización, además, debe estar acompañada por la definición del término y las características que este fenómeno tiene. Es decir, el criterio bajo el cual se hizo la selección de documentos para alimentar el análisis de la información fue que las investigaciones utilizaran el término VG pero, además, dar una definición del término en el propio cuerpo del texto.

Así, finalmente, en la revisión bibliográfica se identificaron 30 artículos en los que se define la VG, sus características y se explican diferentes acontecimientos a raíz de este tipo de violencias; escritos en inglés y español y que se encuentran en las bases de datos elegidas.

El análisis de la literatura arrojó varios conceptos que son tangentes a la VG y transversales a varios textos de la revisión, en los que se ahondará para dar una visión más amplia sobre este fenómeno. Son cuatro las temáticas que se explorarán en este artículo, teniendo en cuenta que son nombradas en la mayoría de artículos analizados y arrojan explicaciones amplias sobre cómo operan en la producción de VG, a saber: El modelo médico hegemónico (MMH), que opera en la ginecología desde su instauración como conocimiento *único* y “verídico” sobre la salud y la enfermedad de las personas asignadas mujeres al nacer; la deshumanización de la medicina que, en consonancia con el MMH,

privilegia aspectos técnicos y deja de lado la condición humana y subjetiva de los pacientes que se atienden en estas consultas; la naturaleza interseccional que tiene el análisis de problemáticas sociales que afectan a grupos marginalizados y convertidos en *otros* desde los sistemas de poder que operan en el mundo; y los derechos sexuales y reproductivos como indicadores de condiciones mínimas que deben ser garantizadas para asegurar la protección de la dignidad de todas las personas. Finalmente, se ofrecerá una definición de VG a la luz de estas temáticas y los aportes y caracterizaciones ya hechos en la literatura sobre el tema.

Modelo médico hegemónico

El método científico, desde el cual la medicina obtiene sus conceptos biológicos posteriormente aplicados, si bien es aclamado por confiable y preciso, ha demostrado basarse en un modelo que reproduce una visión masculinizada en sus teorías, hipótesis y suposiciones de fondo. La pretensión de una objetividad y una supuesta aproximación científica legítima, que describe la naturaleza de todos los cuerpos, es fuertemente cuestionada dado el carácter social del conocimiento científico: la ciencia es un conocimiento que es posible, en tanto se produce en un contexto social e histórico específico. (Longino, 1990; Maffía, 2006; Valls-Llobet, 2013)

Teniendo en cuenta que la medicina, y todos aquellos estudios relacionados, se apoyan en el conocimiento y técnicas de las ciencias duras y exactas, entonces han estado dominados por la visión masculinizada y permeados por la coyuntura patriarcal; las prácticas e investigaciones ejecutadas por estas disciplinas, por lo tanto, se ven afectadas por el relacionamiento social y el sobre interés que existe por el *otro*, el *diferente* o el *subalterno*. El cuerpo *masculino* y blanco, como base de las investigaciones médicas, se toma como el modelo de la “*normalidad*”. Esto implica que todo aquello que no esté dentro de esa *norma* es patologizado y/o convertido en lo *otro*; aquello que debe corregirse para llegar a la normalidad requerida por la sociedad (R. P. Castro & Bronfman, 1993). Esto es fácilmente

identificable leyendo historia de la medicina. Estudios como los de Laqueur (1994) y Cahill (2001), que se encargan de hacer una revisión histórica de la medicina, dan una perspectiva amplia al respecto. Por ejemplo, Laqueur (1994) en “La construcción del sexo”, encuentra que los estudios iniciales en ginecología se centraban en ver el aparato reproductor femenino como un falo invertido, partiendo de investigaciones ya realizadas sobre el pene, y no partían de nuevas perspectivas médicas, logrando así justificar (como en muchos otros estudios) la subordinación de las mujeres frente a los hombres (Laqueur, 1994).

Así que, el conocimiento “empírico” que tienen estas disciplinas, se ve regularmente sesgado, generando problemas en el acceso a la salud, o al mismo conocimiento, a los sujetos que no pertenecen a esta élite patriarcal, desde dónde se generan las aseveraciones por las que nos guiamos, al menos médicamente. Lupton (2012), explica que los discursos de la medicina históricamente han generado espacios para reproducir la discriminación sexual haciendo uso de “pruebas científicas” para discriminar a las mujeres (Lupton, 2012). La medicina y el conocimiento médico operan entonces como saberes generados contextualmente (Longino, 1990). Este contexto afecta la manera en la que se producen, y se busca justificar mediante el método científico, las estructuras sociales de poder existentes. La “verdad” está permeada por las creencias de cada sociedad y del momento en que se están generando. Un ejemplo de esto son las investigaciones sobre el cerebro, en dónde se buscaban diferencias estructurales entre los cerebros de mujeres y hombres o entre hombres blancos y hombres negros para justificar su inferioridad frente a los primeros (Maffia, 2006).

El modelo médico hegemónico es entendido como la manera en que la ciencia médica occidental se instauró como conocimiento único y verídico sobre el cuerpo y el *cuidado* de la enfermedad, generando la subalternización de otros modelos médicos de cuidado de la salud, ya sea preventiva o curativa. Desde este modelo se hacen las evaluaciones y justificaciones de la *salud* y la *enfermedad*, pero también, al estar basado en creencias y observaciones de la

cultura occidental, capitalista y blanca, se encarga de la normalización y *patologización* de los cuerpos a los que ofrece *cuidado*. Según Menéndez (1998), además, el sistema médico hegemónico tiene funciones: “ a) curativas, preventivas y de mantenimiento; b) control, normatización, medicalización y legitimación; y c) económico-ocupacionales. Todas estas funciones se realizan a través de actividades técnicas específicas, pero que potencialmente tienden a reproducir el sistema dominante.” (p.19)

En el ámbito de la ginecología, los estudios sobre el cuerpo femenino, a menudo influenciados por perspectivas de *otredad*, han tendido a *patologizar* aquellos comportamientos y experiencias que no se alinean con la norma cis-hetero-patriarcal, así como con otras estructuras de poder presentes en la sociedad. Es así como procesos naturales como la menopausia, los cambios hormonales y el ciclo menstrual comienzan a ser estudiados como imperfecciones en el funcionamiento del cuerpo de las personas asignadas mujeres al nacer. El modelo médico hegemónico, desde donde la ginecología se enuncia, ha contribuido a que el *cuidado* ofrecido para las personas que necesitan de este servicio esté permeado y dirigido efectivamente a mantener el *control* sobre los cuerpos de las personas que requieren del cuidado ginecológico (Cano, 2020; Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2024; Salinero Rates, 2024b; Toapanta Lema & Torres Tello, 2023; Yupanqui-Concha et al., 2024)

Los estudios sobre VG sugieren que la ginecología, desde sus orígenes, se centra en el cuerpo femenino y su cuidado, pero emerge como un campo marcado por la violencia. La VG viene instaurada desde los inicios de la ginecología. La historia de la ginecología, en los estudios de autoras como Valls-Llobet (2013), Maffia (2006), Salinero Rates (2023, 2024a, 2024b), Martín (2013), entre otras, muestra esta hipótesis desde las reconstrucciones históricas de hitos importantes que fundan la ginecología y sus técnicas como las conocemos en la actualidad. Por ejemplo, la invención del espéculo y las pruebas que se realizaron de él

en mujeres negras esclavizadas y/o empobrecidas (Martin, 2013); la invención de las pastillas anticonceptivas que fueron probadas en mujeres puertorriqueñas en condición de pobreza (Maffía, 2006; Valls-Llobet, 2013); las esterilizaciones forzadas a estas y otras mujeres a razón de su raza y clase social para el control de la natalidad (Serra, 2017); los primeros modelos anatómicos que fueron estudiados en cuerpos de mujeres racializadas y en los que la anestesia no era vista como necesaria al no ser consideradas personas ni humanas (Owens, 2017), entre otras historias tétricas del origen de la ginecología, muestran cómo opera esta relación de poder entre la producción de conocimiento científico y los cuerpos generizados, racializados y empobrecidos, y cómo se refleja y perpetúa en la medicina/ginecología moderna.

Salinero Rates (2024a), realiza un análisis de la VG sufrida por diferentes personas asignadas mujeres al nacer que han tenido atención en el sistema médico chileno, ejemplificando esta postura. Aquí, la autora muestra la manera en la que el modelo médico hegemónico funciona como un organismo de control para los cuerpos femeninos en la sociedad. No sólo por la patologización de la otredad y la búsqueda de la *normalización*, sino porque dentro del sistema médico hegemónico reside la necesidad de controlar los cuerpos para que se ajusten a los ideales y expectativas de la sociedad en la que se produce el conocimiento aprobado (Salinero Rates, 2024a).

El modelo médico hegemónico, tal y como lo analiza Menéndez (1998), además nos muestra características de la práctica médica que se instauran desde la misma enseñanza de la medicina. El régimen heterosexual, blanco, capacitista (entre otros) es enseñado como lo que es “natural” y “normal” buscando la patologización de aquello que no se adhiere a la norma. Así, en la consulta ginecológica, cuando los médicos ejercen su profesión, refuerzan estos estereotipos de *control* impidiendo a las personas un acceso a salud integral e informado (Basualto-Ormazábal et al., 2023; Cárdenas-Castro et al., 2024; Cárdenas-Castro &

Salinero-Rates, 2021, 2022, 2023a, 2023b, 2024; Guzmán & de Nava Tapia, 2023; Heimpell, 2021; Salinero Rates, 2023, 2024a; Segovia et al., 2023).

Desde este punto de vista, es posible afirmar que el modelo médico hegemónico, basado en el conocimiento occidental, se presenta como el único capaz de definir la salud y la enfermedad, especialmente en ginecología. Este modelo refleja cómo las estructuras de poder patriarcales han moldeado un conocimiento que, aunque se pretende universal y objetivo, en realidad está profundamente sesgado. Esto, ha llevado a que los cuerpos *disidentes* de la norma, sean patologizados, perpetuando la violencia y la discriminación en el cuidado en salud. La historia de la ginecología da cuenta de esto. La necesidad de replantear y deconstruir estas narrativas se vuelve esencial para crear un modelo de atención más inclusivo y equitativo, que reconozca la diversidad de experiencias y realidades de todos los cuerpos. En este contexto, es crucial promover un cambio en la forma en que se entiende y se practica la medicina, buscando romper con los patrones hegemónicos, que han dominado hasta ahora.

Deshumanización de la práctica médica

Otro de los elementos más analizados en los 30 artículos es la deshumanización de la medicina, ya que la práctica médica, basada en el sistema médico hegemónico, privilegia aspectos técnicos y biológicos, obviando el componente humano y subjetivo de la práctica.

La necesidad de las ciencias de poner en tela de juicio todo aquello que no sea conocimiento imparcial, comprobable y objetivo, ha devenido en un problema social grande: Ignorar el conocimiento que proporciona la experiencia de aquellos que se someten a prácticas que basan sus métodos y conocimientos en las ciencias duras, como lo hace la medicina. Teniendo en cuenta que estas están colonizadas por la mirada y la experiencia patriarcal (Valls-Llobet, 2013), ignorar el conocimiento proporcionado desde fuera se vuelve problemático porque se niega la participación y visibilización de aquellos que no pertenecen

a la esfera médica y deslegitima las críticas que pueden hacerse a las prácticas médicas y al *cuidado* que ofrecen.

La medicina como práctica científica, al excluir las *subjetividades* y ser aclamada como objetiva, antes que como una herramienta de *cuidado* para los cuerpos, parece que se hubiera olvidado de una porción importante de ella misma: el/la paciente. Castro y Erviti (2015) muestran sociológicamente la manera en la que se configura el *campo* médico; en este campo, además de encontrarse las instituciones, las leyes, los médicos, entre otros actores en salud, también se encuentra, en un nivel de poder mucho más bajo, el paciente (R. Castro & Erviti, 2015). No existe medicina sin paciente. Así la medicina necesite buscar, para el estudio del cuerpo y de los sistemas, ser mayormente objetiva y se guarde de sesgos para poder ser considerada una ciencia objetiva, tiene un componente *humano* y *subjetivo* del que debe hacerse cargo. Castro y Erviti (2015), no sólo enuncian al paciente como parte de la práctica médica sino que también valoran y critican el *habitus* médico, señalándolo como autoritario. El *habitus* “es la interiorización de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas (Bourdieu, 1991)” (R. Castro & Erviti, 2015, p. 50). Para los autores, la medicina y el conocimiento médico operan como un saber autoritario que es interiorizado y naturalizado desde las mismas facultades de medicina y que, a posteriori, se reproduce en el ejercicio profesional. Los médicos trabajan desde la autoridad y desde el abuso de ella y, por ende, en el *campo* médico, esto se sigue reproduciendo. (R. Castro & Erviti, 2015, p. 50).

La deshumanización médica abarca varios puntos que son interesantes para el análisis de la literatura sobre VG. Los artículos analizados nombran en su mayoría prácticas que son consideradas deshumanizantes, pero también los análisis propuestos dentro de la literatura tienen en el centro este concepto. Por ejemplo, Salinero Rates (2024b) propone que la violencia no está únicamente conectada a eventos físicos o psicológicos del paciente; la

deshumanización de la medicina resulta en tratos violentos, en tanto no se reconocen las experiencias de los pacientes o se ignora su agencia para tomar decisiones sobre su tratamiento. Además, el personal de salud no reconoce que son cómplices de prácticas con escasa ética, culpando a factores externos de las consecuencias de los malos tratos, sin cuestionarse por mejores formas de realizar su labor. Así, el no reconocimiento de estas acciones como violentas y las consecuencias que pueden producirse hacen que exista una propensión mayor a la deshumanización en la atención en salud; reproduciendo los espacios de violencia que ya se venían presentando en las atenciones médicas, sobre todo ginecológicas y obstétricas (Salinero Rates, 2024b).

Diferentes grupos se han dado a la tarea de entender el problema de la deshumanización en la práctica médica, nombrarlo y exponerlo. Así nace el concepto de deshumanización de la atención en salud. Desde la medicina social, la deshumanización médica se fundamenta en el carácter investigativo y biológico de la medicina. La relación médico/paciente se ve afectada por dar prioridad al aspecto orgánico y a la resolución de problemas del mismo ámbito, mientras queda en segundo plano el paciente y su relación con el mismo médico (Ávila-Morales, 2017). La deshumanización, en esencia, como lo describen Haque y Waytz (2012) es la negación de dos dimensiones importantes de las personas, que son la agencia y la experiencia, entre otras características. La primera deriva en tratos fríos a los pacientes, como si fueran máquinas o como si no tuvieran sentimientos. Y la segunda, consiste en el despojo del reconocimiento del otro como un ser civilizado o no-animal (Haque & Waytz, 2012).

La deshumanización en la medicina, como lo explican Haque y Waytz (2012), tiene componentes funcionales y no funcionales en la práctica médica. Es decir, hay *tipos* de deshumanización que son necesarios para lograr el cometido de la práctica médica, como lo son la mecanización de los procedimientos, la disminución de la empatía en momentos

cruciales para optimizar la capacidad de resolución de problemas y la desconexión moral como justificación para infringir dolor y daño (ej. cirugías, dónde tienen que realizar incisiones) (Haque & Waytz, 2012). Sin embargo, otras formas de deshumanización no son funcionales y generan más dificultades en el ejercicio.

Entre ellas, el despojo de agencia. Esta característica de la deshumanización, identificada por Haque y Waytz (2012), se observa en la literatura revisada a pesar de no utilizar el mismo término:

The imposition of decisions upon individuals assigned female at birth, regardless of their preferences and desires, exemplifies an unacceptable form of paternalism that assumes patients are incapable of making autonomous choices. This process of infantilization undermines women's autonomy over their bodies. (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2024, p. 418)

En este apartado, Cárdenas y Salinero (2024) exponen comportamientos que son característicos del despojo de agencia, al plantear que, en ocasiones, los médicos imponen decisiones desde el paternalismo, a pesar de los deseos de las pacientes; privando a las mujeres de su autonomía corporal (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2024). Este despojo de agencia es vivido de manera desproporcionada y diferenciada, según los ejes de poder que atraviesan los cuerpos; en la VG no es diferente. “Accessing Sexual and Reproductive Health Services in Chile: Women with Disabilities and Their Experience with Gynaecological and Obstetric Violence” (Yupanqui-Concha et al., 2024) un estudio enfocado en la experiencia de VG de mujeres con discapacidad en Chile, explica que a las personas con discapacidad es más frecuente que se les realicen procedimientos ginecológicos sin su consentimiento, asumiendo el deseo de los pacientes, basados en creencias capacitistas que desestiman la competencia de toma de decisiones. Incluso se registran casos en los que la creencia sobre estas personas está dirigida al no reconocimiento, la desestimación y el cuestionamiento de

sus capacidades de *maternidad*, insinuando la esterilización forzada como un método anticonceptivo idóneo para las personas con discapacidad (Yupanqui-Concha et al., 2024).

Igualmente, entre las características no funcionales de la deshumanización médica, descritas por Haque y Waytz (2012) también encontramos: La disimilitud, que puede tener como característica la etiquetación del paciente como la enfermedad, en lugar de ser reconocido como una persona que carga con la enfermedad, y la relación de poder que existe entre el médico y el paciente (Haque & Waytz, 2012). Las prácticas paternalistas son recurrentes en los consultorios de ginecología y demuestran la relación de poder entre el médico y el paciente, en dónde el segundo es minimizado e incluso infantilizado a causa de que el portador del conocimiento, es el médico, debido al estatus social que brinda la educación en medicina. En estos casos la agencia y deseos de lxs pacientes se ven minimizados y despojados, mediante el poder. Según explica Almonte (2016), parte de la VG es el uso de la disimetría para invalidar las decisiones de las mujeres sobre sus propios cuerpos (Almonte García, 2016).

En las definiciones de VG encontradas, a la luz de la literatura complementaria y a pesar de no utilizar de manera explícita el término de deshumanización médica, se pueden hallar similitudes y reflejos de la deshumanización.

En la definición de VG ofrecida por Benitez y Barahona (2023), la deshumanización médica se ve reflejada, en términos de Haque y Waytz (2012), en el impedimento de la agencia cuando se es indiferente a la voluntad de la mujer y se desinforma acerca de su salud sexual y reproductiva, y la disimilitud de poder cuando se hacen críticas hacia la forma de llevar la vida sexual o se hacen insinuaciones sexuales sin consecuencias (Benitez Monroy & Barahona Beyer, 2023).

También, en la asamblea parlamentaria del consejo europeo se discutieron varias de las características de la VG: "These include inappropriate or non-consensual acts, such as

episiotomies and vaginal palpation carried out without consent, fundal pressure or painful interventions without anaesthetic. Sexist behaviour in the course of medical consultations has also been reported." (Parliamentary Assembly, 2019b, Número 3). En esta descripción, la deshumanización de la medicina opera desde el despojo de la agencia y la relación de poder entre el/la médic(a) y el/la paciente (ej. con los procedimientos sin consentimiento o inapropiados), pero también con el despojo de la experiencia de dolor que pueden experimentar al someterse a ciertas prácticas que deciden los profesionales de salud (ej. hacer intervenciones dolorosas sin anestesia). Esta asamblea también arroja otros momentos en los que se vive el despojo de la agencia, haciendo énfasis, por ejemplo, en las dificultades que afrontan las personas que no desean ser madres para acceder a procesos dónde deciden esterilizarse, poniendo en tela de juicio sus decisiones al ser leídas socialmente desde su potencial de ser madres (Parliamentary Assembly, 2019a).

Entre las experiencias más repetidas dentro de la literatura que describe la VG, está de manera central aquella de no suministrar analgésicos en procedimientos dolorosos o causar dolor a propósito a las pacientes (Arias Fuentes et al., 2022; Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2024; Almonte García, 2016; Parliamentary Assembly, 2019b; Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2021; Salinero Rates, 2024b). Esta característica hace parte activa de la deshumanización, ya que no se reconoce al paciente como un ser sintiente; se le despoja de su experiencia (Haque & Waytz, 2012). Es verdad que existen procedimientos dolorosos de la medicina en los que no se puede evitar la reacción y el sentimiento en el paciente, y dejar de suministrar estos procedimientos a causa del dolor es problemático porque no se estaría brindando el cuidado necesario que busca el paciente que necesita del procedimiento. Sin embargo, en procedimientos como las palpaciones vaginales o la inserción del espéculo, existen estrategias para hacer estas incomodidades más tolerables, pero algunos médicos no las aplican o no están actualizados, debido a falta de tiempo, la

creencia de que son procedimientos rápidos que no requieren complicarse, o la desindividualización de los pacientes. Aunado a esto, como los profesionales de la salud, han aprendido estas técnicas desde libros donde en algunos no se especifica el dolor que experimentan los pacientes, no se validan muchas veces las emociones y la experiencia individual de cada una de las personas que atienden a la consulta ginecológica (Haque & Waytz, 2012).

A lo largo de este análisis, hemos visto cómo la práctica médica, al priorizar un enfoque técnico y objetivo, ignora la subjetividad y la agencia del paciente convirtiéndolo en un mero objeto de tratamiento, y cómo las mujeres y personas que se someten a las prácticas ginecológicas lo viven de manera diferenciada, con historias y características específicas a este ejercicio. Es además importante traer a la luz estas problemáticas para mostrar, desde las narrativas de lxs mismxs pacientes, mejores maneras en las que se puede brindar cuidado desde la medicina.

La deshumanización de la medicina, en la VG (así como en la obstétrica y gineco-obstétrica) no es únicamente legible en términos de la relación entre un médico y el paciente (González-Salas et al., 2021). Estas prácticas también pueden ser reproducidas por el personal de salud de los centros médicos, como lo son enfermerxs, técnicxs, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, terapeutas o psicólogxs. Sin embargo, en la literatura encontrada, no se hace especial énfasis en la VG que estos actores pueden causar. Más bien, está centrada en aquella que el/la médico ginecólogo inflige. Esto puede deberse a que, en general, la atención ginecológica se realiza en un consultorio y no en otros espacios, como sí ocurre en la violencia obstétrica, por ejemplo, dónde se debe asistir a espacios como salas de parto o urgencias. Esto tampoco quiere decir que toda consulta ginecológica sea únicamente realizada en el consultorio de ginecología, sino que es más recurrente.

Sin embargo, también es importante anotar que la deshumanización de la medicina no opera únicamente en esta relación entre prestantes de servicios de salud y pacientes. Estas prácticas vienen arraigadas desde un sistema que prestigia la objetividad y efectividad, antes que el cuidado integral. Es decir, la deshumanización también se enseña y opera desde las aulas en la escuela médica, y se perpetúa y refuerza en los sistemas de salud actuales.

En el contexto de la VG, la deshumanización de la medicina opera en niveles de despojo de agencia, no reconocimiento de las necesidades y deseos del/la paciente, falta de cuidado con lxs mismxs cuando expresan sentimientos de dolor o incomodidad, entre otros; esto, al juntarlo con la narrativa de la VG como violencia de género, trae a colación problemas estructurales más allá de la práctica médica y que están arraigados en construcciones sociales y creencias culturales que afectan el tratamiento y reconocimiento de lxs pacientes en los servicios de ginecología. Esto revela también una disimetría entre el/la médico y el/la paciente en dónde al mismo tiempo se perpetúa esta deshumanización.

Interseccionalidad

La necesidad de entender los problemas sociales más allá de vagas generalizaciones sobre la experiencia de las relaciones de poder viene siendo de vital importancia, sobre todo en el debate feminista contemporáneo. Teorías como la interseccionalidad, que surgen a partir de la necesidad de entender las opresiones como múltiples y contextuales, han tomado fuerza en las últimas décadas para explicar las vivencias diferenciadas de cada individuo al enfrentarse a los retos sociales y estructurales. Del mismo modo en que se plantean como una forma de entender mejor las experiencias y de debatir el estatus quo desde una mirada crítica (Carbado et al., 2013; Collins & Bilge, 2020; Cubillos Almendra, 2015; Davis et al., 2022; Viveros Vigoya, 2016).

Para los estudios sobre VG la teoría interseccional resulta importante, dado que en el sistema médico es común encontrar violencias que se potencializan a raíz de las opresiones

sociales que se proyectan en los cuerpos. La ginecología-obstetricia, como lo hemos explorado anteriormente en el texto, tiene un componente de *sexo/género* importante. Las violencias que se viven tienen ya un tinte *generizado*⁴. Pero al combinar este componente con otras opresiones estructurales resulta entonces en otras violencias que se viven de manera desproporcionada y diferenciada según cómo atraviesen al sujeto en cuestión. En “The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile” (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2023b) se resalta que:

In our society, various criteria are relevant to socially organize differences, and these criteria can intersect with one another. In addition to sex/gender, racial/ethnic criteria and social class or socioeconomic status can contribute to discrimination maintaining power gaps between social groups. This phenomenon is known as intersectionality [30–31] and indicates that people suffer oppression or enjoy privileges based on their belonging to various social categories. Consequently, the experience of people assigned female at birth, within the hegemonic medical model, share commonalities and differences, depending on their belonging or ascription to other relevant categories for social hierarchy, that is, their belonging to multiple systems of inequality [32]. Evidence indicates that people from various disadvantaged groups experience poorer health outcomes (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2023b).

En este apartado, Cardenas-Castro y Salinero-Rates (2023b), explican la manera en la que la interseccionalidad opera dentro del modelo médico hegemónico, y cómo las personas que pertenecen a grupos oprimidos tienden a tener resultados en salud mediocres, en comparación a los resultados obtenidos por personas que no pertenecen a estos grupos. Para la VG la interseccionalidad es un tema álgido por su naturaleza generizada. Como ya se

⁴ Es decir, “algo o alguien que exhibe modelos diferenciadores de género” (*Generizado | European Institute for Gender Equality, 2024*)

explicó anteriormente, la ginecología tiene sus orígenes como una disciplina que se encarga del aparato reproductor *femenino* y no tiene contraparte para estudiar los cuerpos *masculinos*. Así, el modelo médico hegemónico que opera como aparato normalizador, se encuentra en intersección con el género y la condición de paciente (que genera también una relación estructural de poder). Si a esta dimensión de género y paciente, le agregamos entonces otras relaciones de poder como la raza, la clase, la discapacidad, la edad, entre otras, entonces nos encontramos frente a una atención que requiere un enfoque interseccional, ya que no escapa de expresiones como el racismo, el capacitismo, el adultocentrismo, entre otras relaciones estructurales de poder.

Los análisis, realizados por los artículos revisados, resaltan este enfoque como central en sus investigaciones. Arias Fuentes, Arteaga y San Sebastián (2022) hacen un estudio transversal sobre las condiciones que predisponen más a las personas de sufrir violencia, sobre todo gineco-obstétrica, en los servicios de ginecología en Ecuador, basados en datos públicos de las entidades. Según los autores, la edad, el nivel educativo y la raza son parte de algunos factores que hacen más propensas a las personas a sufrir VG, violencia obstétrica y gineco-obstétrica (Arias Fuentes et al., 2022). Un ejemplo de esta predisposición, son las esterilizaciones forzadas realizadas a mujeres indígenas peruanas durante el gobierno de Fujimori (Serra, 2017). A estas mujeres se les esterilizó por su cualidad de mujeres indígenas empobrecidas, dimensiones que son inseparables para el análisis de esta problemática.

Cárdenas Castro y Salinero-Rates (2021), por su parte, encuentran que en los casos de VG, pertenecer a otras categorías de poder sumadas al género, que ya intersecciona a lxs pacientes de ginecología, es un factor que potencializa la violencia y da resultados diferenciados en la atención en salud (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2021). En este mismo artículo, que se encarga de hacer un análisis de datos según una escala diseñada por los autores, es interesante ver cómo las personas que se atienden en servicios de salud

públicos reportan haber sido víctimas más frecuentemente, que aquellas atendidas en servicios de salud privado, lo que arrojaría una relación entre la clase y la VG. Del mismo modo que, las personas pertenecientes a algún grupo étnico también reportaron haber vivido VG más frecuentemente que aquellas que no pertenecen a una etnia. Este estudio también encontró relación entre raza (afrodescendencia), estudios y orientación sexual, como potencializadores de la VG en el sistema de salud. Para los autores, este estudio demuestra la naturaleza interseccional de la VG, teniendo en cuenta que la pertenencia a diferentes categorías de poder promueve la vivencia de VG según la escala diseñada para el estudio. (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2021).

Del mismo modo, Oliveira y Martínez-Perez (2022) explican:

Solo podemos analizar la VGO siendo conscientes en todo momento de que las mujeres atendidas por el sistema de salud no vienen exentas de su realidad social, sino que están sujetas a su contexto, no pueden ser tratadas como objetos a menos que sea violentándolas. (Oliveira Brandão & Martínez-Pérez, 2022, p. 8)

Sobre este apartado, los autores hacen énfasis especial en la necesidad de entender a lxs pacientes como productos de su contexto específico, esto incluye tener en cuenta características como la orientación sexual, la edad, la discapacidad, la raza o la pertenencia a un grupo étnico determinado. Esto para evitar caer en patrones de violencia que ignoran el impacto de la realidad social en la forma en que se habita el mundo. Además, hacen hincapié en que el entender los problemas de manera interseccional ayuda a descentralizar la idea de que la *elección* y la *no violencia* (como parte de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos) son realidades para todas las personas, pues, las opresiones estructurales hacen mucho más difícil que estos ideales sean realizados (Oliveira Brandão & Martínez-Pérez, 2022).

Salinero Rates (2024b), en otro estudio cuantitativo para determinar las consecuencias de la VG en la autopercepción de los pacientes, reiteró que la pertenencia a grupos atravesados por categorías de poder diferentes resultan en procesos de cosificación, y peores resultados en la atención en salud. (Salinero Rates, 2024b).

Los autores citados en este apartado, utilizan la interseccionalidad como columna analítica dentro de sus artículos para mostrar la manera en que opera y se explica la VG. Sin embargo, otros estudios incluidos dentro del análisis propio de este artículo, también se ven atravesados por la mirada interseccional sin mencionarla en su cuerpo.

El estudio “Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización” (Cano, 2020), se centra específicamente en las experiencias de VG de mujeres y personas no binarias que no se alinean con las expectativas sexuales y de género que la sociedad impone estructuralmente y que por supuesto impactan a la ginecología. En este artículo, se describe cómo el pertenecer a este grupo de personas resulta en una atención diferenciada y con impactos distintos de la VG que no afecta a aquellos cuerpos que no pertenecen al grupo determinado (Cano, 2020). Asimismo “Accessing Sexual and Reproductive Health Services in Chile: Women with Disabilities and Their Experience with Gynaecological and Obstetric Violence” (Yupanqui-Concha et al., 2024) muestra la manera en que las mujeres y personas con discapacidad que acceden a servicios de ginecología reciben un trato diferente a personas sin discapacidad, de la misma manera que, la VG que sufren tiene métodos diferentes y razones distintas al momento de generarse (Yupanqui-Concha et al., 2024). En “Experiences of Gynecological Violence among Binary and Non-Binary Chilean Women” (Segovia et al., 2023) se habla de la relación estrecha que tiene la recurrencia de vivencias de VG con la clase social, aquellas personas que tienen un nivel educativo más bajo y menor acceso a recursos son más propensas a vivir VG. Se encuentra también, en la literatura no elegida, que las personas racializadas tienden a

reportar más casos de VG y obstétrica (Moreira Mera, 2024) y las personas con diagnóstico de VIH positivo también (Hale & Vázquez, 2011).

Todos los artículos anteriores, para determinar la información utilizada y los resultados propuestos, utilizan diferentes estrategias que funcionan dependiendo de los objetivos de los autores. Para los análisis cuantitativos, Cardenas-Castro y Salinero-Rates (2021, 2023b) utilizan una muestra significativa de personas que se han atendido en los servicios de ginecología y, a partir de esta muestra, mediante las preguntas socio-demográficas, logran determinar la diferencia que hay entre las percepciones y las vivencias de VG, según los diferentes grupos a los que pertenecen. En los análisis cualitativos, como el de Yupanqui-Concha et al. (2024), a pesar de no tener una muestra significativa, utilizan datos públicos y relatos de personas con discapacidad que narraron haber vivido VG y, a partir de esas vivencias e historias, hacen un análisis basado en otras autoras que han tocado el tema de VG y de discapacidad.

Vale la pena aclarar que es muy fácil que la interpretación de los textos propuestos esté ligada a la idea de que la suma de opresiones genera más o menos VG. Sin embargo, los autores, desde las perspectivas interseccionales, hacen sus análisis entendiendo que no se trata de una suma de opresiones, sino una intersección que hace que las violencias (tanto ginecológicas como estructurales) se vivan de manera diferenciada y desproporcionada según el contexto social de los individuos. Asimismo es importante resaltar la condición interseccional, ya que la VG, haciendo parte del sistema médico hegemónico, reproduce y normaliza los cuerpos según el contexto en dónde es producida.

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR), a pesar de haber sido discutidos en diversos foros y reuniones de varias organizaciones de derechos humanos, no son

universalmente reconocidos. En este sentido, no tienen una legislación internacional que proteja a todas las personas, tal como lo harían los derechos humanos. Sin embargo, los DSR son reconocidos por varios gobiernos y organizaciones sociales como parte de los derechos fundamentales de las personas (Brunello et al., 2024; Monroy Muñoz, 2012).

Una de las observaciones más repetidas en la literatura revisada sobre VG nos habla sobre la relación que existe entre este tipo de violencia y la violación de DSR. Los DSR, a pesar de estar configurados según el marco normativo de cada sociedad, tienen lineamientos que se repiten en varios tratados y comunicaciones. En Colombia, por ejemplo, los derechos sexuales y reproductivos los expone la ONU en un documento publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, s/f)

Teniendo en cuenta que la literatura producida sobre VG está situada en su mayoría en países latinoamericanos (Alkan et al., 2021) y contextos del sur global, los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos por varios de estos países en diferente medida. En otras sociedades, los derechos sexuales no son reconocidos a causa de sus legislaciones internas, ligadas a la cultura y el vivir de sus territorios.

Para Galdos (2013), los derechos sexuales y los derechos reproductivos actúan en momentos diferentes, y se encargan también de procesos diferentes. Esto, a razón de que, en la discusión que se llevó a cabo en el Cairo en 1994, los derechos sexuales y derechos reproductivos se trajeron a la mesa de debate como una manera de abarcar el tema de la salud sexual y reproductiva de las personas, además de otros temas importantes para la reunión. Los derechos reproductivos fueron aceptados, y moldeados según un plan de acción que se ajusta a las normas de cada país, sin embargo, los derechos sexuales no fueron considerados como parte de este plan de acción, dado que varios países no aceptaron estos derechos como fundamentales, temiendo que, abogar por ellos, significara aceptar sexualidades e identidades de género diversas (Galdos Silva, 2013).

El reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos (los primeros sólo por algunas sociedades a nivel mundial) implicó un nuevo entendimiento de la configuración de la sexualidad y su articulación con las desigualdades estructurales. A partir de esta contemplación se comenzó a reconocer la responsabilidad del Estado y de la sociedad en la sexualidad y la reproducción. (Monroy Muñoz, 2012)

Los DSR nacen a partir de la conceptualización de salud sexual y salud reproductiva. La primera relacionada al campo de la sexualidad, que incluye la orientación sexual, la elección sobre las relaciones sexuales, entre otros, y la segunda encargada de los procesos relacionados a la reproducción humana, en términos más técnicos y biológicos. La salud sexual y reproductiva es importante en este apartado porque, si no hay garantía de la salud sexual y la salud reproductiva de las personas, se estaría incurriendo en violaciones de derechos humanos (el derecho a la salud) y de los DSR.

En el marco de los derechos humanos, los DSR juegan un papel importante. En primer lugar porque, como afirma Rodríguez (2015), los DSR hacen parte de los derechos humanos. Y, en segundo lugar, porque estos derechos, a pesar de estar dirigidos a todas las personas sin importar su sexo, origen, religión, edad, clase, entre otros, protegen condiciones ligadas estrechamente al género (Rodríguez, 2015). Los DSR, para las mujeres, representan el reconocimiento del poder que ellas tienen sobre su cuerpo y la necesidad de proteger las decisiones que se toman sobre él. Esto tiene un impacto en la sociedad pues, públicamente, se comienzan a reconfigurar creencias patriarcales desde la institucionalidad.

En la VG, estos derechos son fundamentales dado que los procesos de los que la disciplina de la gineco-obstetricia se hace cargo son aquellos relacionados a la reproducción y a la sexualidad. Si la atención en salud ginecológica no es integral, y además incurre en violencias, entonces estamos hablando de un incumplimiento de los DSR.

Dentro de los artículos revisados Yupanqui (2024), junto con otras investigadoras, se encargan de enunciar este problema. Para ellas, la VG reside de manera importante en la violación de derechos humanos (Yupanqui-Concha et al., 2024). Explican que, el derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad se ve vulnerado al vivir eventos de VG y obstétrica y, además, se ven potencializados cuando la población que accede al servicio tiene alguna otra característica que la ponga en desventaja estructural. El concepto de VG tomado por las autoras es el de International Planned Parenthood Federation (Yupanqui-Concha et al., 2024), a partir del cual describen situaciones en las que derechos humanos y DSR se ven vulnerados en función de la VG. Entre estos relatos de violencia, se encuentran: la esterilización forzada como método anticonceptivo sin el debido consentimiento de los pacientes o familiares a cargo, violando el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la reproducción. La sobresimplificación de explicaciones sobre la salud sexual y reproductiva o de tratamientos próximos a ser realizados y la coerción del consentimiento en pacientes que no tienen conciencia clara sobre procedimientos irreversibles de nuevo violando el derecho a la libre elección de la maternidad y el derecho al acceso a salud de calidad e integral. (Yupanqui-Concha et al., 2024)

Las autoras del artículo utilizan la visión de los DSR y directrices de la OMS para conducir el estudio. Allí encuentran también precariedades en el acceso a servicios de salud para las personas con discapacidad auditiva, al no tener intérpretes de español a Lengua de Señas Chilena, siendo este un derecho establecido en la legislación chilena. Además, la falta de estos servicios incurre en la manipulación de la información sobre la salud sexual y reproductiva de lxs pacientes y la suposición por parte de los médicos sobre lo que es mejor para las personas que acceden a estos servicios, negándoles el derecho a decidir y estar informados sobre sus propios cuerpos y salud (Yupanqui-Concha et al., 2024). Este estudio además muestra otros relatos de violaciones a derechos humanos en diferentes personas con

discapacidades diversas. Estas experiencias de violencia y de despojo de derechos van desde exposiciones sin consentimiento frente a personas que no autorizó el paciente en la consulta, violando su derecho a la intimidad, hasta tratos negligentes con los pacientes.

Todas estas acciones resultan en la violación de derechos humanos como la negación de acceso a servicios de salud de calidad, la libre decisión sobre cuántos hijos tener, cómo y cuándo tenerlos y el derecho a la información (Dutan Urgiles, 2024). Pero tienen la característica de estar circunscritos en los servicios de atención ginecológica y obstétrica. No se trata únicamente de enunciar el problema de violencias vividas en el servicio como hechos violentos aislados, sino de reconocerlo como un problema estructural que afecta de manera diferenciada a las personas a razón de su sexo entre otras variables interseccionales, ya expuestas.

Los DSR también abogan por el reconocimiento de las sexualidades diversas y el acceso a la salud sexual y reproductiva para estos grupos. Dentro de la recolección bibliográfica se evidencia que, en personas no-heterosexuales, los médicos tienen poco conocimiento sobre protección contra infecciones de transmisión sexual e incluso invalidan prácticas sexuales, por no acogerse al imaginario cis-hetero-sexual en el que se desenvuelve la ciencia y precisamente la ginecología (Basualto-Ormazábal et al., 2023; Cano, 2020; González, 2023; Segovia et al., 2023). Salinero Rates (2024b), citando a Cano (2019), encuentra una consecuencia de esta violencia en las personas disidentes sexuales que atienden a servicios de ginecología: estas personas prefieren no ir a las consultas o tratamientos por miedo a tener que hablar sobre sus identidades y ser violentadas, incluso, hay personas que deciden no hacerse exámenes como la citología a causa de experiencias pasadas de VG (Salinero Rates, 2024b). En narraciones como la de Cano (2020), dónde se exponen testimonios de VG vivida por usuarixs, lxs ginecologxs que atendieron a estas personas se adhieren a pensamientos cis-hetero-patriarcales en sus revisiones, generando así

incomodidades en las personas disidentes. Por ejemplo, no reconocer la vida sexual activa de las mujeres lesbianas al no haber tenido penetración, invalidación de identidades trans en el consultorio y falta de información sobre identidades sexuales diversas (Cano, 2020). Estas vivencias de invalidación de identidades y de falta de acceso a la información actualizada sobre la salud sexual y reproductiva de los individuos resulta en violación de DSR, en específico al derecho a acceder a información y el derecho a decidir sobre la unión con otras personas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, s/f).

Los DSR son primordiales para garantizar el bienestar y la salud de las personas. Es importante tener en cuenta, de todas maneras, que no son aplicables ni son reconocidos en todas las sociedades y varían según la legislación de cada país. La VG, en tanto se da en contextos de atención en salud, es entonces una violación al derecho fundamental del acceso a la salud y una violación de DSR, perpetuando desigualdades estructurales. El reconocimiento de los DSR implica no solo proteger la salud reproductiva, y proteger a las personas vulnerables a violencias estructurales, sino también respetar y validar todas las identidades y orientaciones sexuales, promoviendo así un acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todas las personas.

Discusión

Habiendo explicado estas dimensiones que pueden verse de manera transversal en la literatura sobre VG, aún quedan algunos cabos sueltos. En primer lugar, la respuesta a la pregunta ¿qué es la violencia ginecológica? La literatura parece estar de acuerdo en que la VG es una serie de discursos y prácticas que atentan contra la integridad y DSR de las personas que acceden a los servicios de ginecología. Esta violencia puede ser ejercida por diferentes actores del campo médico (R. Castro & Erviti, 2015), y no está necesariamente ligada a un profesional ginecóloga/o, por ejemplo, terapeutas o psicólogos/as que realizan intervenciones emocionales en pacientes, enfermeros/as que realizan procedimientos como

inserciones de dispositivos intrauterinos, administración de anticonceptivos o acompañamientos en salas de cirugías ginecológicas, técnicos/as de equipos radiológicos de mamografías, entre otros. Estas disciplinas podrían estarían incurriendo en VG, porque su servicio está siendo utilizado específicamente para el cuidado ginecológico. Vale la pena traer a colación la discusión sobre los actores, porque el *campo* médico no está constituido únicamente por profesionales de la salud.

Esta violencia, según la literatura y el análisis propuesto anteriormente, también está producida y potencializada por las instituciones que se encargan de producir el conocimiento médico, las instituciones que brindan los servicios de ginecología, e incluso llegaría a la esfera privada en dónde los familiares pueden ser perpetuadores y facilitadores e incluso víctimas de este tipo de violencia. Estos tres últimos, son actores que no son directamente reconocidos como *productores* de VG, y en la literatura actualmente hay una disputa sobre su *agencia* en la producción de la VG. Por un lado, existen teóricas que hablan de las instituciones como el Estado, las clínicas y las escuelas como *productoras* directas de VG, y, por el otro lado, se teoriza sobre las instituciones y el *campo* médico únicamente como *potencializadores* de la VG. Esto sugiere que es importante, en futuras investigaciones sobre el tema, ahondar en la discusión sobre la agencia que este tipo de actores tiene en la VG.

Adicionalmente, la VG es una violencia de género, en razón de los cuerpos a los que presta el servicio (mujeres o personas trans) (Acosta Alvarez, 2023; Basualto-Ormazábal et al., 2023; Cano, 2020; Segovia et al., 2023).

Entre las acciones consideradas VG, más repetidas en la literatura, se encuentran: comentarios sobre la vida sexual de las personas, despojo de agencia en toma de decisiones sobre sus propios cuerpos, desinformación sobre procedimientos a realizar, negligencia por parte de los encargados de brindar el cuidado necesario, deshumanización, entre otros.

Asimismo, la VG está producida por la manera en que opera el sistema médico hegemónico, al favorecer aspectos técnicos y biológicos en la producción del conocimiento y obviando los contextos sociales en que se generan los saberes. Este modelo médico hegemónico reproduce patrones de deshumanización que afectan las relaciones médico/paciente y la propia agencia de las personas que toman los servicios. Al ser una violencia, que además tiene un componente sexuado y de poder importante, se ve potencializada por la imbricación de diferentes estructuras de poder que impactan de manera diferenciada y desproporcionada a las personas en la sociedad. Todo esto actúa además en la manera en que a las personas se les garantiza el cumplimiento de sus derechos humanos y sus derechos tanto sexuales como reproductivos (Lara Román, s/f), teniendo repercusión en el acceso igualitario a las distintas esferas sociales, en donde, se supone, todos los humanos deberían tener las mismas oportunidades.

La producción de conocimiento sobre este tema todavía está en proceso y será un camino largo para lograr tener un consenso entre los autores sobre una definición con aplicabilidad universal. Sin embargo, es importante comenzar a tener esta discusión para visibilizar este tipo de violencia de manera diferenciada del continuo gineco-obstétrico y la violencia obstétrica. Al respecto, la literatura también se encuentra en disputa respecto a esta propuesta. Existen textos que defienden la idea de la necesidad de determinar la VG como única y diferente de las violencias gineco-obstétrica y obstétrica. Otros que proponen la utilización del término como una definición sombrilla para todas las violencias vividas en el continuum gineco-obstétrico, es decir, la VG contiene dentro de su definición a la violencia obstétrica y gineco-obstétrica, y debería entenderse como la visión más amplia de estas definiciones. Y otros textos en donde la importancia no reside en el término que se usa y consideran que pueden ser utilizados de manera intercambiable.

Es importante comenzar a analizar la posibilidad de introducir un término que incluya aquellos cuidados que no se enmarcan dentro de los procesos de embarazo, parto, postparto, puerperio y aborto, debido a que, el ciclo menstrual, las complicaciones y enfermedades del útero, los desbalances hormonales, la planificación familiar, entre otros escenarios, no necesariamente se circunscriben en servicios que atiendan la obstetricia. Esto no quiere decir que los términos de violencia obstétrica y violencia gineco-obstétrica no tengan una importancia teórica y no sean necesarios para entender las violencias vividas en estos procesos; sino que, el término de VG se vuelve importante para recoger experiencias que, quizás, se obvian en las definiciones que dan más protagonismo a los procesos de parto, postparto, embarazo, puerperio y aborto; lo que genera que estas violencias sean normalizadas y excusadas por los diferentes actores al no estar determinadas y nombradas.

Los hallazgos de esta investigación, discutidos anteriormente, ayudan a comenzar el debate sobre la necesidad de reconocer la VG como parte de los servicios de atención ginecológica. Abrir el camino para tener una definición nuclear a la cual referirse cuando se habla de este tipo de violencias, ayuda a darle nombre a estos episodios, a reconocerlos y a comenzar a repensar los espacios de atención para que las personas que requieren atención ginecológica sean más humanizadas y respetadas.

En la academia, plantear el debate sobre la definición y el reconocimiento de estas violencias es importante para que las futuras investigaciones puedan profundizar en la problemática planteando y respondiendo preguntas referentes al tema, que son importantes para que se logren sentar las bases para un activismo que reglamente el cambio en los servicios de ginecología, como ocurrió con la violencia obstétrica en su momento. Las futuras investigaciones tendrán la tarea de responder preguntas respecto a los actores, los alcances y las diferencias que hay entre otras violencias médicas que también afectan a las personas que requieren atención ginecológica. Esta investigación brinda las bases para cuestionar y

proponer un análisis deontológico de diversas profesiones que se encargan de brindar *cuidado*. Al mismo tiempo que propone un punto de partida para hablar del término y su importancia, al que autores de futuras investigaciones pueden referirse para encontrar los puntos comunes que existen entre las publicaciones; esto último, hace más sencillo encontrar una convergencia que ayude a formular una definición más universal.

Referencias:

- Acosta Alvarez, M. (2023). *Construcciones socioculturales frente al diagnóstico de VPH en mujeres*.
- Alkan, H., Dayi, A., Topçu, S., & Yazar, B. (2021). *The Politics of the Female Body in Contemporary Turkey: Reproduction, Maternity, Sexuality*. Bloomsbury Publishing.
- Almonte García, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir. México EAM*, 1–10.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter Cambio sobre Centroamérica y el Caribe*, *II*(1), 145–169.
- Arias Fuentes, F. F., Arteaga, E., & San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gynecologic violence in Ecuador: A cross-sectional study. *BMC women's health*, *22*(1), 419.
- Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*, *30*(2), 14.
- Basualto-Ormazábal, M. J., Soto, J. B. Z., & Castro, M. C. (2023). La consulta ginecológica: Un desafío para las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, *8*(2), 44–65.
- Benitez Monroy, A., & Barahona Beyer, A. (2023). *Violencia ginecológica percibida por mujeres de 21 a 65 años de la Ciudad de México*.

Biblioteca de Medicina. (2021). *Biblioguías UCM: PubMed: guía básica: Tesauro MESH*.

<https://biblioguias.ucm.es/med-pubmed/tesauro>

Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., & Rozée, V. (2024).

Obstetric and gynaecological violence in the EU-Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination.

Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: An historical

analysis. *Journal of advanced nursing*, 33(3), 334–342.

Camacaro Cuevas, M. (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. (2020). Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como

dispositivo de hetero-cis-normalización. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 42–58.

Carbado, D. W., Crenshaw, K. W., Mays, V. M., & Tomlinson, B. (2013). Intersectionality:

Mapping the Movements of a Theory¹. *Du Bois review: social science research on race*, 10(2), 303–312.

Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (2021). Violencia ginecológica y silencio al

interior del Modelo Médico en Chile. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81(3), 226–238.

Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (2022). Validating a measurement of

psychological, physical and sexual abuse against women in gynecological care within the Chilean health system. *Health care for women international*, 43(7–8), 873–884.

Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (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.

- Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (2023b). The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100891.
- Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (2024). Loss of autonomy, legitimization of violence, transgression of intimacy, and fear of abuse: A thematic analysis of stories of gynecological violence and its consequences. *Feminism & Psychology*, 09593535241242551.
- Cárdenas-Castro, M., Salinero-Rates, S., & Silva-Segovia, J. (2024). A Qualitative Analysis of Coping Strategies Among People Assigned Female Birth Who Have Experienced Gynecological Violence in Chile. *Violence Against Women*, 10778012241283495.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Castro, R. P., & Bronfman, M. P. (1993). Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 375–394.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality*. John Wiley & Sons.
- Cubillos Almendra, J. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora. Revista internacional de ética y política*, 7, 119–137.
- Davis, A., Dent, G., & Viveros Vigoya, M. (2022). *Black Feminism Teoría crítica, violencias y racismo* (Mara Viveros Vigoya).
- Dutan Urgiles, E. G. (2024). *Prevalencia y Factores de riesgo de la Violencia Ginecológica revisión sistemática y metaanálisis*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2006). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Derecho, legislación y políticas públicas.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (s/f). *Derechos sexuales y reproductivos*.

UNFPA. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub_homepage_cover/dsdr.png

Galdos Silva, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30, 455–460.

Generizado | *European Institute for Gender Equality*. (2024, junio 5).

https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1290?language_content_entity=es

González, G. Á. (2023). Al espejito de una doble vertiente: Violencia ginecológica hacia transmasculinos en Guatemala. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 6740–6753.

González-Salas, R., Argilagos, M. E. R., Rodríguez, A. M. O., & Rodríguez, B. J. M. (2021). Violencia gineco-obstétrica. Caso: Provincia de Tungurahua-Ecuador. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 5(1), 48–57.

Guzmán, E. P., & de Nava Tapia, S. L. (2023). Violencia, prácticas médicas ginecológicas, género y derechos humanos: Una aproximación desde Trabajo Social. *Género y Trabajo Social*.

Hale, F., & Vázquez, M. (2011). Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes. *Development Connections (DVCN)*. Washington DC.

Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on psychological science*, 7(2), 176–186.

Heimpell, A. E. C. (2021). *Cuerpa (in) sensible*.

Laqueur, T. A. (1994). *La construcción del sexo: Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*.

- Lara Román, P. A. (s/f). *Violencia Ginecoblástica: Percepción de mujeres usuarias de servicios ginecológicos y/u obstétricos de la ciudad de Quito, Ecuador*.
- Longino, H. E. (1990). *Science as social knowledge: Values and objectivity in scientific inquiry*. Princeton university press.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as culture: Illness, disease and the body*.
- Maffía, D. (2006). *El vínculo crítico entre género y ciencia*.
- Martin, E. (2013). Science and women's bodies: Forms of anthropological knowledge. En *Body/politics* (pp. 69–82). Routledge.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451–464.
- Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, 51, 17–22.
- Monroy Muñoz, S. A. (2012). *El continuo ginecoblástico: Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*.
- Moreira Mera, M. M. (2024). *Prácticas de resistencia de mujeres afroquinindeñas contra la violencia de género*. Jul-2024, 57.
- Oliveira Brandão, T., & Martínez-Pérez, A. (2022). Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34), 1–13.
- Owens, D. C. (2017). *Medical bondage: Race, gender, and the origins of American gynecology*. University of Georgia Press.
- Parliamentary Assembly. (2019a). *Obstetrical and gynaecological violence* (No. 14965).
- Parliamentary Assembly. (2019b, octubre 3). *Obstetrical and gynaecological violence*. Assembly Debate.

- Rodríguez, L. (2015). Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. *Fondo de Población de Naciones Unidas*, 110(9), 1689–1699.
- Sadler, M. (2003). *ASÍ ME NACIERON A MI HIJA. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*.
- Salinero Rates, S. M. (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.
- Salinero Rates, S. M. (2024a). Posición obligatoria: Experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 10.
- Salinero Rates, S. M. (2024b). Violencia ginecológica y sus impactos en la percepción de sí mismas, su cuerpo y la sexualidad en personas asignadas mujer al nacer en Chile. *TS Cuadernos de Trabajo Social*, 27, 1–19.
- Segovia, J. S., Ravanal, E. C., Castillo, D. V., & Suazo, M. M. (2023). Experiences of Gynecological Violence among Binary and Non-Binary Chilean Women. *Journal of Sexual Medicine & Research. SRC/JSMR-131. J Sex Med Res*, 2(4), 2–11.
- Serra, A. M. (2017). Esterilizaciones (forzadas) en Perú: Poder y configuraciones narrativas. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 12(1), 31–52.
- Toapanta Lema, X. A., & Torres Tello, J. C. (2023). *Violencia gineco-obstétrica y obstétrica y su asociación con variables socioeconómicas en Ecuador: Análisis de la base de datos ENVIGMU 2019*.
- Vallana Sala, V. V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*.
- Vallana Sala, V. V. (2019). “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: Análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista ciencias de la salud*,

17(SPE), 128–144.

Vallana Sala, V. V. (2020). “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 90–107.

Valls-Llobet, C. (2013). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra.

Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1–17.

Yupanqui-Concha, A., Hichins-Arismendi, M., Mandiola-Godoy, D., Rodríguez-Garrido, P., & Rotarou, E. S. (2024). Accessing Sexual and Reproductive Health Services in Chile: Women with Disabilities and Their Experience with Gynaecological and Obstetric Violence. *Sexuality Research and Social Policy*, 1–14.

Agradecimientos

Quiero agradecerle a mi familia. Por estar pendiente de mi, de mi proceso; por motivarme a terminar la carrera pasara lo que pasara y por esperar con ansias el día en que pudieran enmarcar mi diploma. A mi tía Tata, porque los fines de semana con ella me hacían calmar un poco mi ansiedad por la entrega de este documento. A mi tío Carlos, quien también me dedicó su tesis. A Rocket, por ser tan bonito. A Yadi, mi tío Jaime y Juli, por preocuparse por las entregas casi tanto como yo. A mi abuela, quién sé que estaba esperando verme con un diploma universitario y me motivó a ser profesional. Y a mi mami. Te amo mamá, por acompañarme, trasnocharte, preocuparte, mantenerme y sostenerme; porque esperaste más que nadie este momento y porque siempre creíste en mi potencial y en mi magia, todo esto es gracias a ti, yo también me siento muy orgullosa de ti.

A Carlos Patarroyo, porque aguantó mis momentos más turbios durante el proceso. Me vio llorar, desfallecer, caer y volver a levantarme todas las veces, y estuvo guiando mi camino con toda la paciencia y todo el amor que un docente puede tener por sus estudiantes. Eres el mejor.

A mi directora, Viviana, porque supo entender mis desordenes, me llevó la idea y la contraria; con ella sentía toda la emoción por escribir mi tesis. Mi mentora.

A Santa Marta, patrona de las causas perdidas. Sin ti, nada de esto hubiera sido posible.

A Lau Montoya porque me acompañó y apoyó en la producción de todo esto. No lo hubiera logrado si no hubiéramos propuesto un grupo de estudio en el que forjamos la rutina y nos dimos ánimo, consejo y chisme hasta el final. Qué gusto y honor conocer esa faceta de ti.

A D. Porque no vió el final, pero estuvo en los momentos más difíciles. Me dio todas las palabras de aliento que necesitaba y me acompañó cuando todo esto empezó.

Y a todas las personas que me vieron llorar, que me acompañaron en mis noches de insomnio, que vieron mis estados presumiendo sobre mi tesis, a las mujeres que escuchaban y encontraban importancia y relevancia en mi tema.

A todos ustedes, gracias.