

Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile

Stella Salinero Rates,¹ Manuel Cárdenas Castro.²

RESUMEN

Objetivo: Indagar en la presencia de violencia ginecológica dentro del sistema de salud en Chile, cuantificar la magnitud de este problema, definir sus contornos generales y visibilizar un fenómeno hasta ahora silenciado.

Métodos: El diseño es de carácter transversal y no probabilístico. Incluyó una muestra de 4563 mujeres, mayores de edad y que hubiesen asistido alguna vez a servicios ginecológicos. Se aplicó un cuestionario entre el 18 de diciembre de 2019 y el 10 de mayo de 2020 mediante plataforma en línea (SurveyMonkey®).

Resultados: El 67 % de las participantes reportaron haber experimentado de alguna forma la violencia. Dicha violencia se produce con mayor frecuencia, aunque no únicamente, en el sistema de salud público, en personas que pertenecen a etnias originarias, que se consideran afrodescendientes, cuya orientación sexual es de lesbianas, que tienen más edad y que poseen un menor nivel educacional.

Conclusión: Los resultados indican un alto reporte de violencia en la atención de salud ginecológica.

Palabras clave: Violencia ginecológica, Cuerpo, Sexualidad, Sí Misma, Modelo médico hegemónico.

Gynecological violence and silence within the Medical Model in Chile

SUMMARY

Objective: To investigate the presence of gynecological violence within the health system in Chile, quantify the magnitude of this problem, define its general contours and make visible a phenomenon that has been silenced until now.

Methods: The design is cross-sectional and not probabilistic. It included a sample of 4563 women, who were of legal age and who had ever attended gynecological services. A questionnaire was applied between December 18, 2019 and May 10, 2020 using the online platform (SurveyMonkey®).

Results: 67% of the participants reported having experienced violence in some way. Such violence occurs most frequently, but not only, in the public health system, in people who belong to native ethnic groups, who consider themselves to be of African descent, whose sexual orientation is lesbian, who are older and who have a lower level of education.

Conclusion: The results indicate a high report of violence in gynecological health care

Key words: Gynecological violence, Body, Sexuality, Itself, Hegemonic medical model.

INTRODUCCIÓN

El sistema médico de salud se justifica en virtud de su contribución para sanar enfermedades y aliviar el

sufrimiento de las personas. En ocasiones dicho sistema puede, consciente o no de ello, provocar sufrimiento en sus pacientes. Este fenómeno se ha denominado recientemente como abuso en el cuidado de la salud (1, 2) y se refiere a la percepción por parte de las y los pacientes de que han sido maltratados, abusados o tratados de forma irrespetuosa por el personal de salud (3-5). Dichos incidentes pueden causar sufrimiento inmediato o de largo plazo (6) y afectar gravemente

¹Universidad de Valparaíso. ²Universidad de Talca.

Forma de citar este artículo: Salinero S, Cárdenas M. Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021; 81(3):226-238. https://doi.org/10.51288/00810306

la confianza en el sistema de salud (7). Se estima una prevalencia de abuso en el sistema de salud cercana al 8 % para pacientes hombres y de 20 % para mujeres (6, 8). Esta importante disparidad en los reportes de hombres y mujeres puede interpretarse como un trato diferencial basado en prejuicios y discriminación por género dentro del modelo médico hegemónico (MMH) (9, 10). El MMH se define como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica y que establece como subalternas las prácticas, saberes y teorías creadas al margen del mismo, logrando identificarse como la única forma de atender la enfermedad que es legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (11). Sus rasgos fundamentales son su biologicismo, individualismo, positivismo e identificación con la racionalidad científica.

El MMH reproduce el patrón de relaciones desiguales entre hombres y mujeres, al mismo tiempo, que sitúa en una posición subalterna las formas de saber no producidas bajo los criterios científicos. Lo anterior, queda de manifiesto en los reportes de áreas de la salud destinadas exclusivamente a las personas cuyo sexo asignado al nacer es de mujer (tales como los servicios de ginecología), en los que se observa que dichos reportes de abuso aumentan a rangos entre 13 % y 28 % (12, 13). Estas experiencias de abuso y violencia se han asociado con graves consecuencias para la salud: síntomas de estrés postraumático, trastornos del sueño y negativa valoración en el reporte de salud general (5). Otra importante consecuencia de la violencia ginecológica, y dado que se trata de una atención que acompaña a la mujer a lo largo de casi toda la vida, es que las consultas no se realicen en los tiempos esperados, que se posterguen exámenes rutinarios o que se abandone la atención ginecológica en el marco del MMH.

Diversos estudios realizados en torno a la violencia ejercida en los servicios de ginecología (4, 14-17), indican que las situaciones más frecuentes son la

denegación de información por parte del equipo médico o la realización de procedimientos invasivos que se tornan intencionalmente dolorosos. Estos estudios han puesto en evidencia la magnitud de la violencia y el abuso hacia las mujeres en la atención de salud, en donde la descalificación, la humillación y diversas expresiones de violencia (denegación de la atención, uso de fuerza física y exposición a sufrimientos innecesarios) constituyen prácticas comunes en los sistemas públicos y privados de salud que se encuentran naturalizadas y normalizadas, muchas veces mediante retóricas que aluden al cuidado de las mujeres (18, 19).

Estudios recientes referidos al parto y la atención gineco obstétrica en Chile (20) señalan que en la atención del parto se siguen realizando, rutinariamente, intervenciones contraindicadas por la Organización Mundial de la Salud desde hace más de dos décadas: monitoreo fetal continuo (84,6 % en hospitales y 81,6 % en clínicas privadas), episiotomía (44 % en hospitales y 41,1 % en clínicas privadas), administración de oxitocina artificial (51,8 % en hospitales y 41,3 % en clínicas privadas), entre otras. Otro informe reciente en Chile (21) indica que un 33,26 % de las mujeres lesbianas consultadas se ha sentido discriminada en un servicio de salud y un 50,7 % ha dejado de atender su salud ginecológica (un 68 % afirma que ha dejado de realizarse la citología por sus expectativas de ser discriminada).

Se incluyen bajo el concepto de violencia ginecológica todas aquellas prácticas realizadas por integrantes del equipo de salud (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es, etc.) que pueden implicar una atención o tratamiento deshumanizado, el uso de procedimientos innecesarios o abuso de medicación, la transformación de procesos naturales en patológicos, la denegación de información o tratamiento, cuestiones todas ellas que pueden derivar en la pérdida de autonomía de las mujeres y/o capacidad de tomar decisiones libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad (22). La medicalización y patologización se refieren a la excesiva intervención

médica de procesos biológicos de las personas cuyo sexo asignado al nacer fue de mujeres, vinculados a su salud sexual y reproductiva, muchos de los cuales son tratados como enfermedades que conllevan un potencial riesgo y que deben ser controladas. Estas prácticas pueden afectar psicológica, física y/o sexualmente a quienes la experimentan, pudiendo tener un profundo impacto en su calidad de vida. Se trata de una forma específica de violencia contra las mujeres, perpetrada dentro del MMH por el personal de salud, y que se expresa en actos de negligencia, abuso verbal, abuso físico y abuso sexual (4). Fruto de dicha violencia, quienes la experimentan pueden sentirse impotentes, ignoradas o anuladas (23) o pueden desarrollar una serie de cuadros clínicos (tales como depresión, trastorno ansioso, estrés postraumático, etc.) o de consecuencias físicas (fístula obstétrica, sexualidad dolorosa o dispareunia, dolor crónico, etc.), los que pueden desarrollarse de forma inmediata o con años de distancia después del incidente (24, 25) y que pueden afectar su confianza en la atención médica.

Experimentar violencia en la atención ginecológica hace surgir en muchas ocasiones sentimientos de soledad, tristeza, vergüenza y culpa (26, 27). Del mismo modo, pueden surgir emociones de rabia hacia los otros/as y hacia sí mismas (28). La violencia, y en particular aquella dirigida hacia las mujeres, puede transformar profundamente la experiencia que ellas tienen sobre sí mismas (29, 30), respecto de su cuerpo (31, 32) y su sexualidad (33), pero también puede dañar profundamente los supuestos básicos referidos a los otros y al mundo (29, 34).

Para comprender la complejidad de la violencia contra las mujeres y, en particular, la extensión de dicha violencia al espacio de la salud ginecológica, es necesario tener claro que el abuso está asociado a factores estructurales (existencia de jerarquías y asimetrías de poder) y que, por lo mismo, se producirá independientemente de los intentos por parte del personal de salud de brindar la mejor atención que

les sea posible. La violencia directa hacia ellas no es sino un efecto de la violencia estructural (35) instalada al interior del MMH como reflejo de una violencia cultural mayor que legitima y ampara un trato discriminatorio hacia las mujeres (ideología patriarcal). Las expectativas culturales sobre las mujeres hacen que muchas vivan en soledad estas violencias y no las denuncien, contribuyendo a reproducir las estructuras existentes (y los estereotipos de sexo/género), invisibilizando prácticas inaceptables y legitimando el silencio sobre los abusos en las prácticas médicas. Lo anterior no implica bajo ninguna circunstancia endosar la responsabilidad a las víctimas de la violencia, la que siempre es responsabilidad de quien la ejerce, pero podría ayudar a comprender como es posible que esta se encuentre tan arraigada en la práctica clínica. Del mismo modo, se ha constatado la complicidad de parte del personal de salud, el cual se niega a asumir que sus conductas están reñidas con la ética (36), manteniéndose en silencio frente a lo que observa y permitiendo que la violencia no sea sancionada. Las propias características o roles socialmente asignados a las mujeres permitirían que estas hayan aprendido a estar más disponibles para tolerar la violencia dirigida hacia ellas, por ejemplo, mediante la denominada subjetividad maternal (37), que implicaría una internalización de la exigencia de soportar el dolor por amor a sus seres queridos, en particular sus hijos/as. La desaparición del respeto y la empatía, así como la desconexión entre las acciones del personal de salud con las consecuencias de las mismas, generan un terreno propicio para la deshumanización de las relaciones sociales. Cuando esto ocurre al interior del MMH, se está frente a experiencias que no hacen sino alargar el continuo de violencia hacia las mujeres.

Es importante reconocer como en estas sociedades existen diversos criterios de segmentación que resultan relevantes para organizar socialmente las diferencias y que pueden solaparse entre sí. Además del sexo/género, los criterios raciales/étnicos y la clase social o nivel socioeconómico pueden servir a fines de

discriminación entre grupos, de modo de mantener las brechas de poder entre unos y otros. A este fenómeno se le ha denominado interseccionalidad (38) e indica que cada persona sufre opresión u ostenta privilegios con base en su pertenencia a diversas categorías sociales. Es decir, la experiencia de las personas asignadas al nacer como mujeres, dentro del MMH, tendrá aspectos comunes y diferenciales, dependiendo de la pertenencia o adscripción a otras categorías relevantes para la jerarquización social, esto es, a su pertenencia a múltiples sistemas de desigualdad (39). Diversos estudios revelan que las personas pertenecientes a varios grupos desfavorecidos experimentan peores resultados de salud (40-42). Al enfocarse en la confluencia de múltiples categorías sociales, la interseccionalidad llama la atención, también, sobre las formas en que las consecuencias de cualquier forma particular de discriminación pueden variar para los grupos de alto y bajo estatus, ya sea destacando los efectos combinados de múltiples formas de discriminación y/o contemplando la posibilidad de que las consecuencias de los resultados en salud difieran en múltiples ejes de desigualdad.

Si, tal como se ha afirmado, la violencia ginecológica es parte del continuo de violencia que a lo largo de sus vidas deben experimentar las mujeres, esto se debe a su capacidad para provocar daño o sufrimiento físico, psíquico o sexual en razón de su género. Cualquier acción o conducta basada en el género y que cause daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres (43). Para evitar la violencia ginecológica, así como para apoyar y optimizar la salud de las mujeres que la han experimentado, se necesita mejorar la comprensión de lo que califica como una experiencia de violencia ginecológica y cómo las mujeres con tales experiencias deben lidiar con sus efectos a lo largo de su ciclo vital.

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

MÉTODOS

Participantes

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

Procedimiento

Los datos utilizados corresponden a la Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica GINOBS (44). El cuestionario fue aplicado entre el 18 de diciembre de 2019 y el 10 de mayo de 2020 mediante plataforma en línea (SurveyMonkey®). El diseño es de carácter transversal y no probabilístico. Las participantes completaron un consentimiento informado en que se le explicaban los principales objetivos del estudio y se le ofrecían condiciones de anonimato y confidencialidad (aunque también la posibilidad de contactar a los investigadores y entregar/recibir información adicional sobre el estudio o los contenidos referidos al mismo).

Instrumento

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

Escala de violencia ginecológica. Instrumento compuesto por trece ítems en formato Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (No describe para nada lo que me ocurrió) hasta 5 (Definitivamente esto me ocurrió). La escala indaga en diversas formas de violencia psicológica (El personal de salud juzgaba tus prácticas sexuales o se refería a ellas en tono moralizante), física (Fuiste víctima de prácticas violentas, uso de fuerza, procedimientos dolorosos innecesarios, etc.) y sexual (Sentiste alguna vez que te realizaron tactos o toques inapropiados dado el motivo de tu consulta y que te hicieran sentir que se vulneraba tu intimidad), ocurridas en el ámbito de la atención ginecológica y realizadas por parte del equipo médico. La escala ha sido validada para su uso en Chile, mostrando ser un buen instrumento para detectar violencia ginecológica (18). El índice de fiabilidad para esta aplicación fue de 0,88 (alfa de Cronbach). Al finalizar el cuestionario se solicitaba que, dado las respuestas anteriores, indicaran si sentían que habían vivido alguna forma de violencia ginecológica.

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

Situaciones de violencia y denuncia. Se presentó una pregunta que indaga en la ocurrencia de una serie de hechos de violencia (instrucción de desvestirse sin que fuese necesario dado el procedimiento, comentarios inapropiados de índole sexual, procedimientos sin uso de guantes, etc.). También se incorporó una pregunta sobre la percepción de haber sufrido violencia sexual en el marco de la atención ginecológica (¿Sientes que alguna vez sufriste violencia sexual durante tus atenciones ginecológicas y/o obstétricas?), si presentó

una denuncia (En caso de haber sufrido violencia sexual durante tus atenciones ginecológicas y/o obstétricas, ¿denunciaste el hecho?) y/o constató posibles lesiones (¿Constataste lesiones en algún servicio hospitalario?), así como sobre el trato recibido en el marco de dicha denuncia y/o posterior constatación de lesiones en servicio de salud (Al momento de constatar las lesiones, ¿recibiste un trato respetuoso y cálido por parte del personal de salud?).

Análisis de datos

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

RESULTADOS

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

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

Sobre la pregunta referida a la percepción de haber vivido violencia ginecológica, un 67 % de las participantes (N=3055) de la muestra expresó que había vivido violencia en su atención ginecológica. En la Tabla 1 se puede observar las medias para la escala de violencia ginecológica y las tres dimensiones que la componen en los diversos grupos. Al comparar las puntuaciones de las mujeres que se atienden en servicios de ginecología públicos y privados se encontró diferencias en la escala general ($t(2630)=4,95/ p< 0,001/ d=0,20$) y en las dimensiones referidas a violencia psicológica ($t(2630)=4,11/ p<0,001/ d=0,17$) y sexual ($t(2630)=5,82/ p<0,001/ d=0,24$).

En todos los casos, las puntuaciones fueron más altas para quienes se atendían en servicios públicos. Al comparar los grupos atendiendo a los reportes sobre el impacto que la experiencia de violencia ha provocado en su cuerpo, autoimagen, autoestima y sexualidad se constataron diferencias significativas en la última de estas variables ($t(2491)=2,09/ p=0,036/ d=0,09$).

Del mismo modo, se constataron diferencias estadísticamente significativas en la escala completa ($t(3053)=4,26/ p<0,001/ d=0,13$) y en las tres dimensiones (t psíquica (3053)=3,36/ $p=0,001/ d=0,16$; t física (3053)=3,37/ $p=0,001/ d=0,15$; t sexual (3053)=2,81/ $p=0,005/ d=0,20$) entre quienes se identificaban como pertenecientes a etnias originarias y quienes no se sentían pertenecientes a ellas. En todos los casos, las puntuaciones más altas fueron para las participantes que se sentían parte de alguna etnia originaria. En el grupo perteneciente a etnia originaria (N=706) los reportes referidos a la percepción de haber vivido violencia ginecológica

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

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

se elevaron a un 74,5 % de las participantes, porcentaje similar al de aquellas que se consideraban afrodescendientes (N=180) y que afirmaron, en un 76,1 %, haber vivido violencia ginecológica. Este último grupo puntuó significativamente más alto que quienes no se consideraban afrodescendientes, tanto en la escala general ($t(3053)=3,04/ p=0,002/ d=0,25$) como en la dimensión referida a violencia psicológica ($t(3053)=2,81/ p<0,005/ d=0,24$). Con respecto al reporte sobre el impacto que ha tenido la experiencia en sus vidas, se constataron diferencias significativas en la percepción del propio cuerpo, producto de la violencia ginecológica, entre quienes se consideraron pertenecientes a un pueblo originario ($t(2895)=2,01/ p=0,044/ d=0,10$). Entre quienes se consideraron afrodescendientes y quienes no lo eran, no se constataron diferencias en la percepción del cuerpo, su autoimagen, su autoestima o su sexualidad.

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

midió reportes de violencia psíquica ($F(2,2991)=31,5/ p<0,001/ f=0,15$) con las personas heterosexuales. En ambos casos, las puntuaciones para el grupo de personas de orientación disidente (gay, lesbianas, trans, no binarios, etc.) y las personas bisexuales fueron significativamente más altas que las de las participantes heterosexuales. Entre las puntuaciones de las personas disidentes y bisexuales no se constataron diferencias en los reportes de violencia ginecológica.

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

Tabla 2. Correlaciones entre las distintas variables

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

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

puede indicar que a menor edad, mayor nivel en el reporte de dicha violencia. Con relación a la violencia física, se encontró una relación inversa, a mayor edad se reportó más violencia física y sexual.

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

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

inapropiados referidos a su cuerpo y/o genitales (56 %), recibir tactos inapropiados (49,4 %), haber sido medicadas sin que se le explicara por qué y de qué modo dichos medicamentos podían afectar su salud (31 %), recibir comentarios que juzgaban sus prácticas sexuales o se referían a ellas en tono moralizante (27,1 %), haber sido regañadas o amenazadas por parte del personal médico (25,9 %), realización de procedimientos sin guantes (8,7 %), introducción de objetos inapropiados para el procedimiento (4,9 %) y acoso sexual (4,5 %). Cabe señalar que 8 mujeres (0,3 %) señalaron haber sido violadas en la consulta ginecológica. Del total de participantes que reportaron haber vivido violencia ginecológica, un 23,9 % sintió haber vivido violencia sexual en alguna de sus atenciones ginecológicas, pero solo un 2,5 % realizó una denuncia por ello. Un 3,2 % intentó hacer la denuncia, pero no se la recibieron. Entre quienes denunciaron, un 62,5 % declaró haber sufrido malos tratos por el hecho de denunciar los hechos.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio indican que en Chile resulta alarmante la enorme proporción de participantes que reporta haber vivido alguna forma de violencia ginecológica. Podría tratarse de un grave problema de salud pública y de respeto de los derechos humanos (43, 45). Siete de cada diez mujeres han experimentado la violencia al interior del MMH, revelando este espacio como una parte del continuo de violencia que padecen cotidianamente las mujeres. Estas cifras aumentan aún más cuando las participantes declaran sentirse parte de una etnia originaria o identificarse como afrodescendiente. Lo anterior no hace sino develar el carácter interseccional de la violencia ginecológica (39), donde las diferentes categorías utilizadas para segmentar una sociedad se superponen y operan conjuntamente. Los niveles de violencia serían modulados por la pertenencia a una determinada clase social, orientación sexual, pertenencia a un grupo

étnico específico, y se puede intensificar de acuerdo a los prejuicios de cada profesional, pero también a la violencia estructural a la que se ven expuestas estas comunidades. Por ejemplo, los cuerpos de las mujeres afrodescendientes se encuentran mucho más sexualizados (45) que el de otras categorías de mujeres y ello puede, razonablemente, considerarse un factor de mayor exposición a la violencia, tal y como ellas reportan.

Una mirada cándida sobre lo que ocurre en la consulta médica haría pensar en profesionales al servicio de la salud de las personas asignadas como mujer al nacer, que las escuchan atentamente y dialogan para decidir e implementar juntas/os las medidas médicas necesarias para su salud ginecológica. Nada más alejado de aquello. Las mujeres reportan no sentirse escuchadas, sienten que sus preguntas no son respondidas, que se les aplican tratamientos sin saber para qué y qué efectos secundarios podrían tener en su salud. El espacio de la consulta resulta amenazante, muchas veces es vivido como violento, lleno de jerarquías y abusos de poder (46). Los malos tratos parecen una constante, se sienten vulnerables y expuestas. Muchas de las participantes han dejado de atender su salud ginecológica al interior del MMH, debido a sus malas experiencias. Se trata de un lugar en el cual el prejuicio opera cotidianamente y sus efectos se hacen sentir en las vidas de quienes nacen mujer, patologizando sus cuerpos y procesos biológicos. Importantes transformaciones en la percepción de sus cuerpos que afectan su sexualidad y que deterioran seriamente su autoimagen son descritos como producidos por las experiencias de violencia psíquica, física o sexual en la consulta.

El enjuiciamiento y castigo de una orientación sexual diferente a la heterosexual es una práctica habitual (47). La transgresión de los roles de género esperados para las mujeres es la base sobre la cual se asientan prácticas tales como la negativa a realizar determinados procedimientos y que solo están basados en prejuicios

del personal de salud. En Chile, nacer mujer justifica por sí mismo el ejercicio de una violencia oculta bajo retóricas del cuidado. Si a eso se suma la pertenencia a una categoría étnica, nacer pobre, iniciar precozmente la vida sexual, así como atenderse en el sistema público, las posibilidades de ser alcanzada por la violencia del MMH aumentan. Si bien un mayor nivel educacional puede cumplir un rol importante como contenedor de la violencia, esto no queda garantizado. Mujeres de todas las condiciones sociales, de todas las edades, de todas las orientaciones sexuales describen, a lo largo de su vida, experiencias de abuso y vulnerabilidad. La consulta ginecológica puede ser una instancia donde se les enjuicia permanentemente y en la que se busca que sus cuerpos se adecuen a una norma construida por el MMH.

Estas formas de violencia se encuentran tan normalizadas que son independientes de si la mujer tiene capacidad de pagar por una salud privada o si debe conformarse con la que ofrece el sistema público, aunque los resultados obtenidos de los análisis indican que en este último las formas tienden a hacerse más explícitas y directas, menos mediadas, dando cuenta de la profunda segmentación del sistema de salud chileno (48). Si las mujeres se quejan son castigadas de diversas formas, algunas de ellas muy dolorosas y están sujetas a la arbitrariedad y el abuso de poder por parte de quienes trabajan al interior del MMH. Se trata de formas naturalizadas de ejercicio del poder que, por frecuentes, pierden su connotación de violencia y muchas veces hace aparecer la atención de salud ginecológica que se les brinda como una especie de favor. Esta naturalización podría hacer, incluso, que muchas mujeres que experimentan violencia puedan no ser capaces siquiera de detectarla. Así, por ejemplo, es probable que el efecto del nivel educacional de las mujeres en la posibilidad de sufrir violencia no sea sino producto de que han internalizado los conceptos y forma de atención de la ginecología (9). Seguir un comportamiento ordenado y someterse al dictamen

médico, gracias a dicho proceso de normalización e internalización, podría funcionar como un filtro que las hace captar la atención ginecológica como menos disruptiva, menos violenta o menos amenazante.

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

Esta encuesta tiene una serie de limitaciones, de las cuales la principal es su carácter no representativo. Lo anterior no le resta importancia a los hallazgos, pero limita su capacidad para generalizar los resultados al conjunto de la población de mujeres, dado que incluye una serie de sesgos relacionados con la autoselección de la muestra (por ejemplo, deben tener acceso a dispositivos conectados a internet y quienes están más motivadas para contestar son, probablemente, quienes han tenido experiencias de violencia en la consulta ginecológica). Por otra parte, no todas las mujeres son conscientes de sus procesos internos y

de cómo la violencia pudo haberlas afectado, por lo cual las medidas de autoreporte deben considerarse una herramienta inicial que necesariamente debe ser complementada con estudios de carácter comprensivo.

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

Se puede concluir que la violencia al interior de los servicios de salud, y en particular en los servicios ginecológicos, se encuentra muchas veces naturalizada y se ha mantenido por ello invisibilizada. Los resultados de la encuesta indican que cada vez más mujeres son capaces de reconocer prácticas habituales y rutinarias como formas más o menos explícitas de violencia (psíquica, física, sexual). Del mismo modo, parece que dicho problema (la violencia ginecológica) se hace más frecuente aún en virtud de sus adscripciones sociales y de identidad de las mujeres. Se trata de formas de violencia que se encuentran arraigadas en el sistema de salud y que, con mucha probabilidad, se transmiten acríticamente en el marco de la formación del personal de salud. Los altos reportes de violencia ginecológica la transforman en un problema de salud pública que debe ser tomado en consideración, de modo de elaborar políticas públicas que garanticen a todas las

mujeres una vida libre de violencia, el disfrute de sus derechos sexuales reproductivos, y la erradicación de las prácticas que hacen que las mujeres se alejen de los servicios de salud, postergando importantes exámenes o procedimientos médicos necesarios para dicho ejercicio de derechos.

REFERENCIAS

- Berglund M, Westin L, Svanström R, Sundler AJ. Suffering caused by care--patients' experiences from hospital settings. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2012; 7:1-9. doi: 10.3402/qhw.v7i0.18688.
- Wijma B, Zbikowski A, Brüggemann AJ. Silence, shame and abuse in health care: theoretical development on basis of an intervention project among staff. *BMC Med Educ*. 2016; 16:75. doi: 10.1186/s12909-016-0595-3.
- Blanchard J, Lurie N. R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J Fam Pract [Internet]*. 2004 [consultado 10 de diciembre de 2020]; 53(9):721-730. Disponible en: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/5309JFP_OriginalResearch.pdf
- d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359(9318):1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
- Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:74. doi: 10.1186/1471-2393-13-74.
- Brüggemann AJ, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50(3):404-412. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.003.
- Swahnberg K, Wijma B, Hearn J, Thapar-Björkert S, Berter C. Mentally Pinioned: Men's perceptions of being abused in health care. *Int J Men's Health*. 2009;8(1):60-71. doi:10.3149/jmh.0801.60
- Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: a concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(1):123-132. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00918.x.
- Martin E. *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press; 2001.
- Valls C. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra; 2007.
- Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En: Spinelli H, Ferrer C, Diez A, Wilner A, López E, Migueles L, *et al.*, editores. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud; 1988. p. 451 – 464.
- Swahnberg IM, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*. 2003; 13(4):361-366. doi: 10.1093/eurpub/13.4.361.
- Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmaki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, *et al.* Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86(3):349-56. doi: 10.1080/00016340601185368.
- Asociación Mujeres para la Salud AMS [Internet]. Madrid: Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres; 2018 [consultado 20 de agosto de 2020]. Disponible en www.mujeresparalasalud.org.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú [Internet]*. Lima: CLADEM/CRLP; 1998 [consultado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Silencio-y-Complicidad-Violencia-contra-la-Mujer-en-los-servicios-de-salud-en-el-Peru.pdf>
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos [Internet]*. Rosario: INSGENAR/CLADEM; 2003 [consultado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/con_todo_al_aire_reporte.pdf
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. *Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos [Internet]*. Rosario: INSGENAR/CLADEM; 2008 [consultado 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/con_todo_al_aire2.pdf
- Cárdenas M, Salinero S, García C. *Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso*

- psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2020 [consultado 20 de diciembre de 2020]; 80(3):187–196. Disponible en: <http://www.sogvzla.org.ve/sogvzla20186/cms/svcobtenerpdfrevista.php?id=0000000100&tipo=normal&fila=5>
19. Salinero S. El parto en casa una respuesta a la violencia obstétrica e institucional. *El Desconcierto* [Internet]. Diciembre, 2017 [consultado 17 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/opinion/2017/12/11/el-parto-en-casa-una-respuesta-a-la-violencia-obstetrica-e-institucional.html>
 20. Observatorio de Violencia Obstétrica. Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile [Internet]. Santiago: Observatorio de Violencia Obstétrica; 2018 [consultado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://ovochile.cl/destacados/observatorio-de-violencia-obstetrica-presenta-resultados-de-la-primera-encuesta-de-nacimiento-en-chile/>
 21. Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio. Ser lesBIana en Chile. Estudio exploratorio [Internet]. Santiago: Clickprint. Fondo Alquimia; 2019 [consultado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/coedabjg1gxa4en/Estudio%20exploratorio%20Ser%20Lesbiana%20en%20Chile.pdf%20FINAL.pdf?dl=0>
 22. Salinero S. Fue un terremoto: violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. *Debate feminista*. 2021; 62(2):142-168. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>
 23. Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: women's perceptions of being abused in health care. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2007; 28(3):161-167. doi: 10.1080/01674820601143211.
 24. Blondin M. Obstetrical and Gynaecological Violence [Internet]. Francia: Parliamentary Assembly, Council of Europe; 2019 [consultado 22 de Agosto de 2020]. Disponible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=28108&lang=en>
 25. Changole J, Thorsen V, Trovik J, Kafulafula U, Sundby J. Coping with a Disruptive Life Caused by Obstetric Fistula: Perspectives from Malawian Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(17):3092. doi: 10.3390/ijerph16173092.
 26. Cohen S, Korem K. Domesticating bodies: The role of shame in obstetric violence. *Hypatia*. 2018; 33(3):384–401. <https://doi.org/10.1111/hypa.12428>
 27. Hayes R, Lorenz K, Bell K. Victim blaming others: Rape myth acceptance and the just world belief. *Feminist Criminology*. 2013; 8(3):202–220. <https://doi.org/10.1177/1557085113484788>
 28. Zeldes K, Cupaiolo C, Norsigian J, Romano A, Sanford W; OBOS Global Initiative. *Our bodies. Ourselves*. New York: Simon & Schuster, 2011.
 29. Janof-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press. 1992.
 30. Lynch SM, Graham-Bergman SA. Woman abuse and self-affirmation. Influences on women's self-esteem. *VAW.2000*; (2):178-197. <https://doi.org/10.1177/10778010022181787>
 31. Davidson MM, Gervais SJ. Violence against women through the lens of objectification theory. *Violence Against Women*. 2015; 21(3):330-354. doi: 10.1177/1077801214568031.
 32. Kremer I, Orbach I, Rosenbloom T. Body image among victims of sexual and physical abuse. *Violence Vict*. 2013; 28(2):259-73. doi: 10.1891/0886-6708.vv-d-12-00015.
 33. Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *Int J Eat Disord*. 2000; 28(4):422-429. doi: 10.1002/1098-108x(200012)28:4<422::aid-eat10>3.0.co;2-1.
 34. Lilly MM, Howell KH, Graham-Bermann S. World assumptions, religiosity, and PTSD in survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2015; 21(1):87-104. doi: 10.1177/1077801214564139.
 35. Galtung J. Cultural violence. *JPeaceRes*. 1990; 27(3):291–305. <https://doi.org/10.1177/0022343390027003005>
 36. Glover J. *Humanidad e inhumanidad. Una historia moral del siglo XX*. Madrid: Cátedra; 2001.
 37. Rich A. *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños; 2019.
 38. Carasthathis A. The concept of intersectionality in feminist theory. *Philosophy Compass*. 2014; 9(5):304–314. <https://doi.org/10.1111/phc3.12129>
 39. Crenshaw K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*. 1991; 46(6):1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
 40. Calabrese SK, Meyer IH, Overstreet NM, Haile R, Hansen NB. Exploring Discrimination and Mental Health Disparities Faced By Black Sexual Minority Women Using a Minority Stress Framework. *Psychol Women Q*. 2015; 39(3):287-304. doi: 10.1177/0361684314560730.

41. Grollman EA. Multiple disadvantaged statuses and health: the role of multiple forms of discrimination. *J Health Soc Behav.* 2014; 55(1):3-19. doi: 10.1177/0022146514521215.
42. Harnois CE. Are Perceptions of discrimination unidimensional, oppositional, or intersectional? Examining the relationship among perceived racial-ethnic, gender, and age-based discrimination. *Sociolog Perspect.* 2014; 57(4):470–487. <https://doi.org/10.1177/0731121414543028>
43. Organización de Estados Americanos [Internet]. Washington: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belem do Pará; 1995 [consultado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp>
44. Salinero S, García C, Guzmán T, Cárdenas M. Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile. Síntesis de resultados [Internet]. Valparaíso: Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica. 2020 [consultado 15 de julio de 2020]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1fh7zQQ7V4c-Ij1eQDiZaHIJyKFsS9ooe/view?usp=sharing>.
45. Tijoux E, Palominos S. Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis* [Internet]. 2015 [consultado 22 de agosto de 2020]; 14(42):247–275. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-65682015000300012&script=sci_arttext
46. Lenny Letter [Internet]. When a “Routine” Exam Feels Like an Assault. Are annual pelvic examinations necessary?; 2018 [consultado 20 de diciembre de 2020] Disponible en: <https://www.lennyletter.com/story/when-a-routine-exam-feels-like-an-assault>
47. Brown, JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Luciani L, Perrota GV, Capriati A, *et al.* Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales. Notas sobre el estado de la situación en Argentina. *Interface.* 2014; 18(51):673–684. doi: 10.1590/1807-57622013.0049.
48. Castillo C, Molina-Milman H. El sistema de salud chileno: análisis y perspectivas en el marco del estallido social de 2019. *Rev Estado Polít Púb* [Internet]. 2020 [Consultado 20 de diciembre de 2020]; VIII(14):53-67. Disponible en: https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800088_53-67.pdf

Recibido 25 de marzo de 2021

Aprobado 15 de junio de 2021