

DEL ECLIPSE DE LAS VIOLENCIAS OBSTÉTRICAS A LA LUZ DE LAS VIOLENCIAS GINECOLÓGICAS

FROM THE ECLIPSE OF OBSTETRIC VIOLENCE TO THE LIGHT OF GYNECOLOGICAL VIOLENCE

Saira Jessalín Madera Buenrostro
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Flor de María Gamboa Solís
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Recepción: 22 de septiembre de 2025

Aceptación: 1 de abril de 2026

Resumen

La violencia ginecológica ha sido eclipsada por la violencia obstétrica bajo el compuesto terminológico “violencia gineco-obstétrica”. No obstante, se trata de un tipo de violencia con características específicas que se manifiestan en escenarios médicos propios donde se atienden aspectos de la salud y sexualidad femenina, desde la adolescencia hasta la vejez, más allá de la maternidad (embarazo, parto y puerperio). Este texto interrumpe ese eclipse y echa luz a las violencias ginecológicas, a partir de la elaboración y análisis crítico feminista de cinco escenarios: 1) Menstruación y su medicalización; 2) Anticoncepción forzada o no informada; 3) Aborto y negación de derechos reproductivos; 4) Discriminación por orientación sexual e identidad de género; y, 5) Menopausia tratada como “fracaso” corporal. Se trata de un estudio documental con enfoque cualitativo y paradigma feminista, basado en la revisión crítica de literatura especializada, informes de organizaciones de derechos humanos y datos epidemiológicos nacionales e internacionales. Busca establecer el concepto de *violencia ginecológica* para nombrar las prácticas violentas que, en el ámbito sanitario, arrebatan a las mujeres la soberanía sobre sus cuerpos, allanando el camino para que la violencia obstétrica persista como una experiencia normalizada. Maneja

Maderas-Buenrostro, S. J. y Gamboa-Solís, F. M. (Mayo-Agosto, 2026). Del Eclipse de las Violencias Obstétricas a la Luz de las Violencias Ginecológicas. *Internacionales. Revista en Ciencias Sociales del Pacífico Mexicano*, 9(21), p. 97-123

el supuesto de que la atención ginecológica está gobernada por miradas androcentristas y misóginas, producto de violencias estructurales de género impuestas por el sistema capital-patriarcal.

PALABRAS CLAVE: *VIOLENCIA GINECOLÓGICA, CUERPO FEMENINO, MODELO BIOMÉDICO, SOBERANÍA CORPORAL*

Abstract

Gynaecological violence has been overshadowed by obstetric violence under the umbrella term 'gynaeco-obstetric violence'. However, it is a distinct form of violence with specific characteristics that manifest in medical settings dedicated to women's health and sexuality, from adolescence to old age, extending beyond motherhood (pregnancy, childbirth and the postpartum period). This text breaks that eclipse and sheds light on gynaecological violence, based on the development and critical feminist analysis of five scenarios: 1) Menstruation and its medicalisation; 2) Forced or uninformed contraception; 3) Abortion and the denial of reproductive rights; 4) Discrimination on the grounds of sexual orientation and gender identity; and 5) Menopause treated as a bodily 'failure'. This is a documentary study with a qualitative approach and a feminist framework, based on a critical review of specialist literature, reports from human rights organisations, and national and international epidemiological data. It seeks to establish the concept of gynaecological violence to describe the violent practices within the healthcare sector that strip women of their autonomy over their own bodies, paving the way for obstetric violence to persist as a normalised experience. It operates on the premise that gynaecological care is governed by androcentric and misogynistic perspectives, a product of structural gender-based violence imposed by the capitalist-patriarchal system.

KEY WORDS: *GYNAECOLOGICAL VIOLENCE, FEMALE BODY, BIOMEDICAL MODEL, BODILY AUTONOMY*

Introducción

En las últimas décadas, la lucha contra las violencias hacia las mujeres ha ido ganando atención pública, académica y en algunos lugares, reconocimiento legal, sacando a la luz realidades silenciadas. Una de ellas es la violencia obstétrica, forma específica de la violencia de género en el ámbito sanitario, que ha emergido con fuerza en discursos académicos y activistas; logrando instalarse en agendas sociales y públicas. Esto gracias a movilizaciones feministas que han denunciado sus prácticas deshumanizantes, medicalizadas, coercitivas y/o negligentes durante los momentos clave del embarazo y parto.

Sin embargo, este necesario foco ha eclipsado el reconocimiento pleno de la manifestación de otra forma de violencia igualmente perniciosa y persistente: la violencia ginecológica. La magnitud de este fenómeno se ha comenzado a documentar de a poco empíricamente en estudios como uno nacional en Chile (Cárdenas-Castro, 2020), donde el 67 % de las mujeres encuestadas reportó haber vivido violencia ginecológica, datos que sugieren que este tipo de violencia no es una excepción sino una experiencia mayoritaria en la atención sanitaria de mujeres. Pero que, al compartir raíces con la obstétrica, suele permanecer en su penumbra, poseyendo no obstante características y escenas médicas propias que afectan la salud y sexualidad femenina desde la adolescencia hasta la vejez, más allá de cuestiones asociadas con la maternidad, y las cuales se procurarán más adelante a manera de un caleidoscopio.

La especificidad de la violencia ginecológica yace durante la atención rutinaria de procesos fisiológicos como la menstruación, anticoncepción y menopausia, que se abordan como territorios de patologización y medicalización innecesaria. Esto se manifiesta en la falta de confidencialidad, privacidad y consentimiento informado libre y genuino para procedimientos exploratorios, invasivos o quirúrgicos; trato deshumanizado, infantilización o desestimación de síntomas, quejas y experiencias; negación de autonomía, dolor e imposición de métodos contraceptivos; normativas estéticas o morales sobre cuerpos y decisiones reproductivas; violencia verbal con comentarios despectivos y sexualizados; y exclusión de las mujeres en decisiones sobre

su cuerpo y salud. En otras palabras, se arrebatada a las mujeres la soberanía sobre sus propios cuerpos.

La violencia ginecológica es una realidad cotidiana que afecta a millones de mujeres, pero su invisibilidad en políticas públicas y estudios de género revela un vacío crítico en su lucha, traducido en ausencia de protocolos específicos para su denuncia, de marcos normativos que la reconozcan y la minimización del impacto que tiene en la salud física y emocional de las mujeres. Precisamente en este contexto de creciente conciencia, es donde emerge la urgencia de conceptualizar y analizarla como una categoría que exige abordaje independiente.

La relevancia de este artículo radica en la propuesta de “sacar de la sombra” a la violencia ginecológica, desanudándola de su tradicional subordinación a lo obstétrico. Con la desarticulación del eclipse impuesto por la hegemonía de ese binomio forzado, se busca ponerla en el centro de la discusión con un lenguaje propio que permita su identificación y denuncia, proponiendo una ampliación del marco de análisis que incluya toda la serie de prácticas abusivas, rutas de acción para la creación de protocolos específicos que documenten y monitoreen casos, capacitación con perspectiva de género para el personal sanitario, generación de campañas públicas que desestigmaticen procesos fisiológicos femeninos, y apertura de espacios de escucha y participación para mujeres, mujeres trans y personas con identidades no binarias.

Para ello, se recurre al análisis de sus raíces históricas y estructurales, a la revisión de prácticas cotidianas en la atención ginecológica, y a la exposición de casos contemporáneos que, gracias a la difusión en redes sociales (una nueva modalidad de esta violencia), han puesto de relieve la persistencia y naturalización de una cultura profesional que trivializa y normaliza el abuso, antes relegado a la privacidad de la consulta o quirófono.

La violencia ginecológica no merece ser solo un apéndice, pues además de afectar el cuerpo de las mujeres, incide en su capacidad de decisión y autonomía frente a sus propios malestares. Por lo que, como base para la construcción del presente artículo, se propone definir la violencia ginecológica como una expresión específica de la violencia estructural de género que se ejerce en la atención médica de mujeres y personas con capacidad de gestar, en cualquier etapa de su

ciclo vital (adolescencia, adultez y senectud), en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Consiste en toda acción u omisión abusiva, negligente o/y discriminatoria, ejercida por el personal de salud, que incluye la negación de información, patologización de procesos fisiológicos naturales, medicalización innecesaria, así como el uso de procedimientos invasivos sin justificación o consentimiento informado, comentarios humillantes, tocamientos indebidos, imposición de anticonceptivos, esterilizaciones forzadas, entre otras prácticas que minimizan el dolor, invisibilizan experiencias y normalizan la desposesión del cuerpo femenino.

Nota metodológica

El texto que compartimos se desprende de una investigación como trabajo de tesis para la obtención del grado de licenciada en psicología de la primera autora y que fue asesorado por la segunda autora. La tesis lleva por título: “Hacia una comprensión integral de la violencia ginecológica: desentrañando sus raíces en el caleidoscopio de la violencia estructural y obstétrica”, misma que fue evaluada y aprobada en examen de grado en noviembre de 2025, recibiendo dos reconocimientos: a la Calidad de la Investigación y a la Excelencia en la Defensa de la Tesis.

Es un estudio de corte documental, teórico bibliográfico que recopiló información existente sobre el tema, y fue analizada desde el paradigma feminista. No se basa en datos primarios de personas y sus principales fuentes documentales son libros, artículos, documentos oficiales y material audiovisual, repositorios institucionales latinoamericanos y sitios de organizaciones de derechos humanos (Amnesty International, GIRE, Ipas, OMS). Si bien los datos que proporcionan éstas últimas fuentes no están considerados como evidencia científica, sí contribuyen con reportes de incidencia que reflejan realidades que es importante tomar en cuenta.

Debido a la escasez de estudios concretos centrados en la violencia ginecológica, no se descartaron investigaciones internacionales que aportaran marcos conceptuales o evidencia comparable, pero se dio especial peso a estudios realizados en América Latina (Chile, México, Perú, Brasil, Argentina) para contextualizar regionalmente los hallazgos. Lo mismo

aplica para estudios cuantitativos específicos sobre violencia ginecológica en la región, son escasos. Esto obligó a apoyarse en datos parciales o extrapolados de violencia obstétrica y discriminación en salud; la sobre-representación de Chile, México y Brasil - países con mayor producción académica - no refleja necesariamente la realidad latinoamericana en su totalidad, excluyendo a otras naciones de la región.

Se realizó una revisión crítica de la literatura de tipo narrativo, orientada a la construcción de un marco conceptual y a la identificación de patrones de violencia en escenarios específicos argumentando una combinación de hallazgos empíricos, análisis teórico de conceptos como medicalización, biopoder, heteronormatividad y violencia estructural, así como la incorporación de testimonios y casos documentados para ilustrar la violencia.

Se empleó un análisis crítico de contenido con perspectiva feminista, mediante codificación temática de prácticas violentas; identificación de patrones estructurales; análisis interseccional; contrastación y triangulación de fuentes, finalizando con la construcción de categorías emergentes.

Los cinco escenarios que se presentan y analizan no fueron elegidos al azar sino responden a criterios que atraviesan todo el ciclo vital femenino desde la adolescencia hasta la vejez, se sitúan explícitamente fuera del ámbito obstétrico, y concentran la mayor cantidad de denuncias y testimonios en la literatura especializada y en los informes de derechos humanos. De manera explícita, son los siguientes: (a) centralidad en el ciclo vital femenino no gestante (desde adolescencia hasta vejez); (b) frecuencia de reportes en literatura y testimonios de pacientes, indicando que no son casos aislados sino patrones estructurales; (c) patologización y medicalización como mecanismo central de violencia mediante la transformación de procesos naturales o decisiones reproductivas en problemas médicos que requieren intervención farmacológica o quirúrgica, a menudo sin consentimiento informado; (d) relevancia interseccional, afectación desproporcionada a grupos vulnerables; (e) vacío normativo y de visibilidad en comparación con la violencia obstétrica que carecen de reconocimiento legal explícito y de protocolos específicos en la mayoría de los países de la región.

Se excluyeron prácticas ya tipificadas como violencia obstétrica, formas de violencia médica no ancladas en la

especificidad del cuerpo ginecológico y escenarios donde la evidencia disponible era extremadamente escasa o contradictoria, priorizando aquellos con suficiente respaldo documental. Al mismo tiempo, se han excluido aquellas prácticas que ya cuentan con cierto reconocimiento bajo el paraguas de la violencia obstétrica, así como formas de violencia médica que no anclan su especificidad en el cuerpo ginecológico.

Lo que sigue, entonces, es un recorrido por esos territorios del eclipse donde la violencia ginecológica va adquiriendo su propia estatura para que se vuelva, por fin, ineludible.

ESCENARIO 1. MENSTRUACIÓN Y SU MEDICALIZACIÓN: LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA EN EL CICLO VITAL

La menstruación, proceso fisiológico central en la experiencia corporal femenina desde la menarquia hasta la menopausia, se ha convertido en un escenario paradigmático de la violencia ginecológica. Este suceso ha sido históricamente tratado como condición impura, incómoda e improductiva, sometida a intervenciones médicas que priorizan el control sobre la autonomía (Ehrenreich e English, 1973). La raíz de esta violencia se ancla en un paradigma biomédico androcéntrico que, como señala Valls-Llobet (2011), transmuta un proceso natural a un territorio paradójicamente iatrogénico.

La persistencia de estigmas milenarios que asocian la menstruación con inconveniencia o peligro, como refleja el documental *Period. End of Sentence* (2018) ¹, operan como un módulo de control social que regula movilidad, participación laboral y el amor de sí de las mujeres (en entornos de pobreza, se profundiza por la falta de productos menstruales), creando un escenario donde la desinformación y vergüenza facilitan prácticas clínicas abusivas (Roberts, et al, 2019). Estos tabús se internalizan en la práctica médica cuando se la presenta como problema; minimizando síntomas, desestimando experiencias de malestar, u ofreciendo la supresión farmacológica del ciclo como solución universal, sin abordaje integral que considere riesgos a largo plazo.

La medicalización de la menstruación se manifiesta de múltiples formas. Primero, mediante la trivialización del dolor y las alteraciones cíclicas. Cólicos incapacitantes, migrañas

1 Zehtabchi, R. (2018). *Period. End of a sentence*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Lrm2pD0qofM>

o síndrome premenstrual severo, asiduamente minimizados como “molestias normales” o atribuidos a factores psicológicos, sin investigar causas orgánicas como la endometriosis. Valls-Llobet en Orozco (2014), advierte que esta desestimación orienta tratamientos hacia el sustento de la reproductividad, no el bienestar integral. Segundo, mediante la imposición rutinaria de anticonceptivos hormonales como panacea, sin consentimiento genuino sobre sus mecanismos de acción y efectos secundarios. Esta imposición ha sido documentada en diversos países, donde el personal de salud ejerce presión sobre las mujeres para aceptar métodos hormonales bajo narrativas paternalistas que limitan la autonomía reproductiva (Quintero-Veloz et al., 2025).

La expresión máxima de esta violencia se encarna en el discurso de la abolición menstrual, promovido por figuras como el ginecólogo Elsimar Coutinho en el documental *La luna en ti* (Fabiánová, 2011)². Al tildar a la menstruación de una “hemorragia innecesaria” que no es inocua y con “olor a muerte” que puede provocar varios males, y considerar redundante la ovulación sin fines reproductivos, se naturaliza la idea de que el cuerpo femenino es defectuoso y requiere corrección farmacológica.

Si nos remontamos tan lejos como al pensamiento griego, cuna del dispositivo racional occidental, se asoma la idea de que la sangre menstrual es efecto de la menor temperatura que se le atribuye al cuerpo femenino, en comparación con la del cuerpo masculino: “la sangre menstrual es inferior al semen del hombre porque es más fría” (Morales, 2011, p. 21), por lo tanto, el cuerpo femenino es débil. Esta perspectiva que se arrastra desde la antigüedad, proscribía la menstruación a través del embarazo o el uso continuo de contraceptivos, en servidumbre por 365 días aproximadamente 35 años, duración promedio de la vida reproductiva, lo que plantea la pregunta de si esta práctica realmente otorga libertad.

La píldora, descrita por Preciado (2008), “es el primer tratamiento médico creado para mujeres no enfermas” (p. 24), operando como un dispositivo “tecno-vivo” de control de ciclos irregulares de la adolescencia, o para suprimirlos, creando una “regla ficticia”. Es la metáfora de un “panóptico comestible”,

2 Fabiánová, D. (26 de diciembre del 2011). La luna en ti. Water doulas. [Video]. Vimeo. <https://vimeo.com/34216239>

tragado y asimilado bajo la supervisión atenta e íntima de las mujeres, que la toman antes de saber el impacto de la fuerte acción química en cuerpo y mente, implicando programación controlada cuando sus cuerpos no se ajusten a la demanda, bajo promesas falsas de emancipación.

Esta óptica, como crítica es reduccionista y peligrosa. Ignora que el ciclo menstrual es un termómetro de salud integral; su alteración puede señalar desequilibrios tiroideos, síndromes metabólicos o réplicas a disruptores endocrinos (Valls-Llobet, 2011). Pretender eliminar este indicador biológico como si se desconectara la alarma en lugar de investigar la causa del incendio, anula la agencia de las mujeres para interpretar y gestionar sus señales corporales. Esta práctica agresiva, como se indica en Orozco (2014)³, expone a mujeres a riesgos metabólicos, cardiovasculares, oncológicos, también les impide establecer una línea base de su fisiología normal para detectar futuras anomalías, y puede exacerbar condiciones como la anemia, factores raramente considerados al recetar terapias supresoras a largo plazo.

Esta violencia se perpetúa con dinámicas de poder en la consulta: infantilización, uso de lenguaje despectivo, negativa a explicar procedimientos exploratorios sin justificación clínica o imposición de normativas estéticas. Todo ello configura un escenario donde el dolor menstrual se aborda con sedantes sin diagnóstico, irregularidades con hormonas sin estudios, y emociones ligadas al ciclo con psicofármacos sin contextualización, reforzando la idea de que el cuerpo que menstrúa es un cuerpo descontrolado que debe ser domado químicamente (Lock y Kaufert, 1998).

Aunado a esto, la medicalización de la menstruación opera de manera interseccional, lo que significa que no afecta a todas por igual. Estudios recientes muestran que la violencia ginecológica es significativamente más alta en mujeres indígenas, afrodescendientes, lesbianas, adultas mayores y con menor nivel educativo (Cárdenas-Castro y Salinero-Rates, 2023). Asimismo, las migrantes latinoamericanas presentan niveles más elevados de violencia psicológica y física en atención ginecológica en comparación con mujeres chilenas o

3 Orozco, C. (12 de Julio del 2014). Niñas menopáusicas a los 20 años. El Espectador. <http://www.elespectador.com/noticias/salud/ninas-menopausicas-los-20-anos-articulo-504032>

migrantes de otras regiones (Menanteux-Suazo y Cárdenas-Castro, 2025).

Frente a este panorama, emergen alternativas de gestión menstrual consciente que desafían el paradigma medicalizador, como las propuestas por Erika Ilustra (en Garrido, 2016)⁴ y Anna Salvia (2023)⁵, que plantean la conveniencia de que las mujeres entren en contacto con el flujo, empleando la copa menstrual, o el sangrado libre. Estas se erigen como actos políticos de reconexión corporal (Bobel, 2010). Lejos de romantizar el dolor, que invalidado también es violencia, buscan transformar la “tara” en una herramienta de autodiagnóstico.

ESCENARIO 2. ANTICONCEPCIÓN FORZADA O NO INFORMADA: LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA EN LA GESTIÓN DE LA FERTILIDAD

La anticoncepción se ha presentado como un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos, al permitir a las mujeres decidir sobre su fertilidad; ejerciendo un mayor control sobre sus proyectos de vida y sus deseos. Sin embargo, en la práctica, este acceso se configura como una violencia ginecológica de territorio que oscila entre imposición coercitiva de métodos y negación deliberada de información, atravesado por diferencias de género, clase, raza y poder médico. Esta violencia, que está impregnada de flujos históricos que restringen el saber contraceptivo (Beauvoir, 1949), halla en la actualidad otros modos sofisticados de control bajo la apariencia de políticas de salud pública y “liberación” farmacológica.

La imposición de métodos hormonales temporales sin información suficiente, alternativas reales o consentimiento pleno, es una de las expresiones más frecuentes de violencia ginecológica. Estos se prescriben rutinariamente no solo para evitar embarazos, sino como solución segura y moderna para regular ciclos menstruales o mermar efectos adversos como reducir sangrados, e incluso para tratar problemas dermatológicos en jóvenes, sin explicitar los riesgos (Payán, 2016)⁶.

4 Garrido, M. (6 de octubre del 2016). Por qué deberías empezar a prestar atención a tu menstruación. El país. <https://elpais.com/smoda/belleza/deberias-empezar-prestar-atencion-menstruacion.html>

5 Salvia, A. (4 de abril del 2023). Sangrado libre: menstruar sin pañales. Opciones. <https://opcions.org/es/sangrado-libre/>

6 Payán, A. (8 de febrero del 2016). Lo que realmente le pasa a tu cuerpo cuando tomas anticonceptivos

En México, el análisis de narrativas del personal de salud revela prácticas de coerción anticonceptivas generalizadas, particularmente hacia mujeres jóvenes, rurales o indígenas, a quienes se presiona para aceptar métodos hormonales de larga duración sin explorar sus deseos o contraindicaciones y bajo el argumento de que es lo mejor para ellas. *La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (ENDIREH) (2021) complementa estos hallazgos: 1.858 fueron presionadas para aceptar un método y 245 fueron obligadas o amenazadas para firmar consentimientos sin información previa (Quintero-Veloz et al., 2025).

En Suecia, pesquisas documentan una coerción reproductiva sutil pero real, donde las mujeres pueden elegir, pero solo dentro de un guion biomédico dominante que privilegia métodos hormonales como opción predeterminada (Zettermark, 2024). Incluso cuando desean suspender el método, enfrentan la negativa de retirar implantes subdérmicos o DIU, bajo el argumento de razones ilegítimas (Senderowicz y Kolenda, 2022). Tal lógica convierte a la anticoncepción en un dispositivo de control más que en una herramienta de liberación.

Esta práctica constituye lo que Embid (2004) denuncia como el mayor caso de cobayismo humano, una experimentación a gran escala donde millones de mujeres son sometidas a tratamientos sin plena conciencia de sus implicaciones, algo normalizado bajo el manto de la autoridad científica y la rutina clínica. Esta preferencia de acuerdo a Ramos (2001), responde más a prejuicios ideológicos y a una lógica de control que a una ética médica centrada en el bienestar integral de las pacientes. Lo que es un detrimento de opciones no invasivas o naturales que son sistemáticamente deslegitimadas por profesionales. Tal omisión según Muñoz (2015)⁷, es un modelo de “terrorismo médico”. La prescripción de hormonas sintéticas opera, así como el panóptico químico comestible de Preciado (2008), un dispositivo de modificación conductual que enmascara un control molecular sin precedentes.

El encubrimiento de tal medicalización se sustenta en una violenta asimetría de género, ya que el compromiso contraceptivo recae casi de forma exclusiva sobre las mujeres.

7 Muñoz, A. (26 de mayo del 2015). El anticonceptivo femenino que todos quieren ocultarte. Playground. http://www.playgroundmag.net/noticias/actualidad/diafragma-anticonceptivo_0_1537646225.html

Mientras los métodos hormonales para varones permanecen en una perpetua fase experimental a pesar de mostrar buenos resultados (Planned Parenthood, 2024)⁸, la investigación sobre hormonas femeninas, según Preciado (2008), se ha orientado al control de la sexualidad y la capacidad reproductiva, moldeando una “tecno-barbie” supersexualizada, cuya supuesta liberación es en realidad una forma avanzada de sujeción bioquímica que transforma la subjetividad mediante una “nueva feminidad microprostética” (p. 45) internalizada, como se comentó antes. Esta asimetría estructural refleja cómo el sistema sanitario perpetúa mandatos de género al eximir al hombre de su corresponsabilidad y someter a la mujer a un régimen de vigilancia hormonal continua, validando la idea de que, como es ella quien se embaraza, es ella la que debe tomar acción y cargar con el riesgo. El fenómeno social de padres “abandonadores” o que abortan su responsabilidad como tales, en sociedades como la mexicana, es una consecuencia indirecta de la exacerbación del imaginario que deposita en las mujeres el agobio de la anticoncepción. Continúa siendo un problema de y para las mujeres y hasta un cinturón de castidad impuesto como deber ser ante el pánico de un posible embarazo no deseado o planeado.

Con la coerción en el ámbito de los métodos definitivos, la violencia ginecológica adquiere una expresión más cruda en la esterilización forzada y en la negación obstinada de la esterilización voluntaria. Por un lado, persiste la forzada en mujeres en contextos de vulnerabilidad (durante un parto o aborto, bajo chantajes), acto de violencia estructural que se recrudece en cuerpos empobrecidos, discapacitados, racializados, indígenas, transgénero o con VIH, una tortura y clara violación de derechos humanos, pues se cercena irreversiblemente la autonomía reproductiva (GIRE, 2013⁹; Lavalle, 2014¹⁰; Hartmann, 1995).

Un caso paradigmático es el de Perú, donde entre 1996 y 2000 cerca de 272.000 mujeres y 22.000 hombres fueron esterilizados en el marco del Programa Nacional de Salud

8 Planned Parenthood. (2024). Métodos anticonceptivos. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos>

9 GIRE. (2013). 4. Violencia obstétrica. <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>

10 Lavalle, C. (10 de mayo del 2014). No quiero ser madre. Chiapas paralelo. <https://www.chiapasparalelo.com/opinion/2014/05/no-quiero-ser-madre/>

Reproductiva y Planificación Familiar, con una afectación desproporcionada de mujeres indígenas y rurales (Amnesty International, 2021¹¹; Ko, 2023). La política, presentada como salud pública, constituyó una forma sistemática de violencia reproductiva estatal.

Por otro lado, de modo paradójico, mujeres que deciden conscientemente no ser madres se topan con un muro de paternalismo médico que les niega acceso a la esterilización bajo argumentos misóginos como un potencial arrepentimiento, consentimiento de una pareja inexistente o descrédito del dolor propio, especialmente si se es joven, soltera y sin hijos (Lowder, 2012¹²). Esta resistencia evidencia un doble estándar como señalan Beauvoir (1949) y Lavalle (2014)¹³, una mujer puede decir que será madre más adelante, pero nunca que no le interesa, porque socialmente está cometiendo una falta contra la tradición y alterando el orden del cuerpo social. Se puede decidir estar encinta a los 16, pero no renunciar a la maternidad a los 29 (Montanaro, 2014)¹⁴. Hay menos apertura a la esterilización que al aborto, dado que es más fácil hacerse uno, aunque sea ilegal.

En ambos polos de esta violencia, la imposición y la denegación, subyace una misma lógica: la desposesión del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. El sistema no busca garantizar la libertad de gestión, sino administrar la fertilidad según criterios eugenésicos velados e intereses patriarcales. Por ello, reconocer la anticoncepción como un escenario de violencia ginecológica es crucial para visibilizar que no es violenta en sí, sino las formas en que se impone, prescribe o controla.

11 Amnesty International. (2021). Peru: Thousands of indigenous women forcibly sterilized may be denied justice. <https://www.amnesty.org/es/wp-content/uploads/2021/07/amr460022014en.pdf>

12 Lowder, B. (9 de julio del 2012). Sterilize me, please. Slate. http://www.slate.com/articles/double_x/doublex/2012/07/getting_your_tubes_tied_why_do_young_women_have_a_hard_time_getting_sterilized.html

13 Lavalle, C. (10 de mayo del 2014). No quiero ser madre. Chiapas paralelo. <https://www.chiapasparalelo.com/opinion/2014/05/no-quiero-ser-madre/>

14 Montanaro, G. (23 de septiembre del 2014). No quiero ser mamá: las mujeres de la nueva generación NoMo. El comercio. <http://elcomercio.pe/viu/familia/no-quiero-mama-mujeres-nueva-generacion-nom-noticia-1758974>

ESCENARIO 3. ABORTO Y NEGACIÓN DE DERECHOS REPRODUCTIVOS: LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA EN LA PROFUNDIDAD DEL PSIQUISMO

El aborto, como interrupción voluntaria del embarazo, constituye uno de los escenarios más controversiales y paradigmáticos para entender la magnitud de la violencia ginecológica. Su historia, marcada por la intersección de discursos religiosos, jurídicos y médicos, lo han cercado en un entramado de estigmas, restricciones legales y prácticas médicas coercitivas (Beauvoir, 1949). El procedimiento trasciende el mero acto médico para convertirse en instrumento de control político, social y moral que busca, en última instancia, invalidar la autonomía corporal de las mujeres. Esta violencia, como señala Beauvoir (1949), no opera sólo mediante la fuerza directa, pues no se puede obligar a las mujeres a parir como tal, sino a través de un marco integral que coloca a la maternidad como destino inapelable (Petchesky, 1990; Vázquez y Castro, 2008), expresándose en la criminalización legal, obstáculos burocráticos, negación práctica, restricción a contraceptivos y la culpabilización moral y social.

En la raíz de esta violencia yace una disidencia hipócrita. Mientras el aborto espontáneo es objeto de lástima, el inducido es castigado con culpa y criminalización, revelando que el valor no es la vida potencial, sino el acato del mandato reproductivo. La distinción, como asienta Beauvoir (1949), tiene trazos históricos en civilizaciones como la grecorromana, donde el feto era parte del cuerpo y su interrupción era socialmente aceptada. La legitimización de discursos seudocientíficos como los del doctor Roy en 1943, instaron en los peligros del aborto para convertirlo en un crimen antes que delito, priorizando la autonomía fetal ficticia sobre la salud real de las mujeres, un giro hacia la penalización que responde a intereses institucionales que promueven el sacrificio materno como valor superior.

Pese a que en México desde el 2007 se despenalizó el aborto, es decir, se reconoció la interrupción legal del embarazo (ILE) entre 12 y 13 semanas de gestación en la Ciudad de México, y progresivamente en diecisiete entidades federativas (Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Baja California, Colima, Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur, Quintana Roo, Coahuila, Aguascalientes, Jalisco, Puebla, Michoacán, Zacatecas, Estado de México y Chiapas), mientras no sea un reconocimiento a nivel nacional, ya que faltan catorce estados, no podemos dar por garantizado

este derecho sexual y reproductivo, y mucho menos ignorar que aún reconocido, no deja de causar estragos en el psiquismo de las mujeres que la practican.

Así que por un lado tenemos al grueso de mujeres en cuyos territorios el aborto continúa siendo criminalizado y lo hacen clandestinamente con los consabidos riesgos a su salud e incluso a su vida, y por otro lado, a las mujeres que teniendo acceso legal a éste y lo transitan, se ven expuestas al estigma social y peor todavía, a un sufrimiento psíquico de incalculables proporciones que puede dejar huellas para toda la vida. El saldo continúa siendo violento en cualquiera de las dos esferas.

Esta violencia estructural se realiza de varias formas. La ilegalidad o restricciones, lejos de prevenir el aborto, solo lo empujan a la clandestinidad, revelando una dimensión clasista y racista: las mujeres con afluencia económica acceden a clínicas privadas o viajan a donde es legal, mientras que las de menores recursos se ven forzadas a métodos precarios y peligrosos que las dejan más expuestas a criminalización, estigma o muerte (Valls-Llobet, 2011; Broadly, 2015¹⁵; Lamas, 2014).

Con tales consecuencias epidemiológicamente significativas, el aborto solo se vuelve más peligroso, pues cada año se producen 4,4 millones de abortos inseguros en América Latina, que contribuyen al 17 % de las muertes maternas en la región especialmente para mujeres de bajos recursos (Ipas Latinoamérica y el Caribe, 2025¹⁶).

Dentro del espacio clínico, el personal suele actuar desde prejuicios y creencias, ejerciendo violencia verbal, omisión de cuidados o coerción en “confesiones”, violando la confidencialidad y el principio de no juzgar (Ramos et al, 2001). El lenguaje culpabilizador que tacha a las mujeres de irresponsables, convierte la atención en un mecanismo de castigo. Este clima de persecución disuade incluso de buscar ayuda por abortos espontáneos, agravando la vulnerabilidad y reforzando el silencio de una experiencia compartida (Traister,

15 Broadly. (2015). Abortion pill. [video]. Vice. <https://broadly.vice.com/es/video/la-plidora-abortiva>

16 Ipas Latinoamérica y el Caribe. (2025). Our work. <https://ipaslac.org/nuestro-trabajo/>

2014¹⁷). La privación deliberada de un servicio de salud básico forma una violencia ginecológica institucionalizada que se entrelaza con la violencia legal, pues el sistema sanitario se vuelve un brazo ejecutor de sanción social.

A pesar de que la evidencia científica respalda el aborto quirúrgico y con medicamentos: misoprostol y mifepristona, como procedimiento seguro y eficaz recomendado por la OMS (2022)¹⁸, su acceso se ve sistemáticamente sabotado por una persistente campaña de desinformación que propaga mitos sin base empírica que lo vinculen a la infertilidad, cáncer, depresión o sufrimiento fetal, con el objetivo de instalar una narrativa de culpa y arrepentimiento que discipline los cuerpos y decisiones de las mujeres. Como enfatiza Traister (2014), este debate, supuestamente centrado en protección fetal, revela un desinterés estructural por los derechos y bienestar de embarazadas, buscando imponer una maternidad que refuerce roles de género y niegue su agencia.

La negación de este derecho básico, por tanto, no solo vulnera autonomía y salud, sino que consolida una forma específica de violencia ginecológica estructural. Reconocer el aborto como un escenario de esta violencia implica señalar que no radica únicamente en la ilegalidad, sino en prácticas médicas que obstaculizan, juzgan y degradan la experiencia de las mujeres, posicionando a la ginecología como guardiana de la moral antes que de la salud. El aborto no es una excepción, sino una vivencia compartida y muy silenciada, revelando una transversalidad en la que no existe un perfil específico de quienes lo hacen, todas y todos conocen a alguien que ha abortado, simplemente porque conocen mujeres. En consecuencia, el derecho al aborto libre, seguro y legal se erige como un paso indispensable para desmontar esta violencia y afirmar el principio irrenunciable de que toda mujer es soberana de su propio cuerpo y destino, así como merecedora de bienestar psíquico.

17 Traister, R. (2014). Let's just say it: women matter more than fetuses do. New republic. https://newrepublic.com/article/120167/womens-abortion-rights-trump-fetuses-rights?utm_medium=social&utm_source=nfrb&utm_campaign=20150921

18 OMS. (2022). Abortion care guideline. World Health Organization. 14

ESCENARIO 4. DISCRIMINACIÓN POR ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO: LA VIOLENCIA HETERONORMATIVA EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA

La violencia ginecológica que se ejerce sobre el cuerpo trasciende la agresión física hasta la identidad misma de pacientes en los servicios de salud. Sus expresiones más normalizadas son la discriminación por orientación sexual e identidad de género, que históricamente ha operado bajo el canon de heteronormatividad conjeturando a todas y todos como heterosexuales, cisgénero y con deseo reproductivo. Esta presunción sistemática, lejos de ser un simple descuido, compone una violencia estructural que invisibiliza, excluye y patologiza cualquier experiencia que se desvíe de esa norma, configurando un horizonte sobre un modelo biomédico que únicamente reconoce como legítimo aquellas corporalidades, sexualidades e ideologías androcéntricas que se ajusten al binarismo heterosexual y reproductivo (Butler, 2007; Rich, 1980).

Esta violencia se revela en escenarios específicos, gestos, comentarios y omisiones de información aparentemente pequeñas, pero con impacto profundo. La heterosexualidad implícita se expresa en preguntas sobre su método anticonceptivo o nombre de su esposo, dirigidas a mujeres lesbianas o bisexuales, o en la sorpresa incómoda del personal al descubrir que una persona con vulva es un hombre trans, y en interrogatorios invasivos y moralizantes que buscan reafirmar la norma, reduciendo la consulta a un espacio de vigilancia y corrección (Hernández, 2019). Dejando en evidencia experiencias de negación de atención o de minimización de necesidades de salud sexual, bajo la conjetura de que la ausencia de relaciones heterosexuales elimina el riesgo de infecciones o enfermedades ginecológicas. Estos actos, que podrían parecer inocuos, envían un mensaje claro: tu cuerpo y tu sexualidad no están contemplados aquí. Como documenta López (2013)¹⁹, esta situación es cotidiana y convierte un espacio que debería ser de cuidado en uno de vulnerabilidad y estrés, forzando a las personas a un constante “salir del clóset”

¹⁹ López, A. (coord.). (2013). Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España. FELGTB y COGAM. <http://www.felgtb.org/rs/2447/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/bd2/filename/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana.pdf>

en cada consulta.

La magnitud de esta discriminación heteronormativa no es un hecho aislado sino una práctica sistemática alarmante. En Brasil, el 31,3 % de las personas LGBTQIA+ encuestadas reportaron haber sufrido discriminación en el ámbito de la salud por su orientación sexual, siendo la ginecología el servicio mencionado con mayor frecuencia (Sobral et al., 2024).

Para las personas trans y no binarias, las barreras son aún más profundas e infranqueables, formando una exclusión activa y directa de los circuitos de cuidado. Se enfrentan a prejuicios en la falta de aceptación de sus identidades y pronombres, y la negación de atención ginecológica bajo el argumento de no concernir a su género. A los hombres trans se les suele poner eso de pretexto, y a las mujeres trans se les excluye de protocolos de tamizaje bajo la errónea creencia de que no hay riesgo de cánceres asociados, relegando a pautas de especialistas (Daniel y Butkus, 2015; Weinand y Safer, 2015). Además, desconocen procesos de transición y tratamientos hormonales. Esta violencia se agrava con la persistente patologización de sus identidades, tratadas aún como “trastornos” (Pérez Navarro, 2020).

La consecuencia directa de este ambiente hostil es evadir la atención médica. Muchas personas LGBTQIA+ optan por ocultar su orientación sexual o identidad de género para evitar el juicio o la mala praxis, omitiendo información crucial para su salud. Otras, directamente, dejan de asistir a controles ginecológicos, aumentando su riesgo de enfermedades no diagnosticadas a tiempo, como el cáncer cervicouterino o de mama (Pérez Navarro, 2020).

Los protocolos médicos y manuales de ginecología suelen carecer de directrices específicas para atender a personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, reproduciendo una práctica clínica que invisibiliza sus necesidades (Connell, 2012). Esto se refleja en un lenguaje patologizante y binario que utiliza términos como “mujeres” en vez de “personas gestantes o con vulva”, o la incapacidad de concebir que la salud ginecológica no es sinónimo de feminidad, contribuyendo a que muchas personas se sientan invisibles en un modelo que no las nombra (Daniel y Butkus, 2015). Esta exclusión se sustenta en omisiones estructurales que niega a estas comunidades el derecho a una atención médica adecuada y libre de discriminación.

De este modo, el escenario de discriminación por orientación sexual e identidad de género evidencia cómo la violencia ginecológica se articula con otras formas de violencia estructural: como heterosexismo, cisnormatividad y sexismo médico. Transformar esta realidad exige más que tolerancia; requiere desmontar la presunción de heterosexualidad, formar al personal en el respeto a la diversidad y adecuar los protocolos para que sean inclusivos. Sobre todo, implica reconocer que esta violencia, al negar la identidad de la persona, le niega su humanidad y su derecho a ser cuidada.

ESCENARIO 5. MENOPAUSIA TRATADA COMO “FRACASO” CORPORAL: LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA EN EL CLIMATERIO

La menopausia, por sus raíces: *men* (*mes/menstruación*) y *pausis* (*pausa/cese*), es entendida como un proceso natural que marca el cese de la menstruación y la habilidad para procrear en mujeres entre los 48 y 55 años. Sin embargo, lejos de ser abordada como una etapa más en el ciclo de la vida, su trascendencia cultural ha sido sistemáticamente manipulada desde una mirada que coloca la fertilidad como eje central de validez del cuerpo femenino. Desde esta lógica, la menopausia no solo marca el final de la reproducción, sino también el inicio de una narrativa de decadencia construida bajo una conceptualización biomédica y androcéntrica que patologiza las transiciones vitales de mujeres. Cuando esas cualidades disminuyen, el sistema médico etiqueta el cambio como una “deficiencia hormonal” a tratar, asumiendo pérdida de valor social, biológico y la idea de la caducidad del cuerpo femenino (Valls-Llobet, 2011; Maffía, 2007; Beauvoir, 1949).

En la práctica ginecológica, esta concepción deriva en dinámicas de violencia. Una es la patologización sistemática, en la cual los síntomas asociados a la menopausia como sofocos, cambios de humor, insomnio, irregularidad menstrual, resequedad vaginal, son presentados como síntomas de una enfermedad carencial que debe ser combatida, no como adaptaciones corporales. El enfoque reduce la experiencia de la menopausia a un cuadro clínico a “curar”, principalmente con terapia de reemplazo hormonal (TRH) u hormonal sustitutiva (THS), muchas veces prescritas de manera acrítica y rutinaria, sin análisis y explicación genuina de riesgos y beneficios (Kaufert, 1996; Embid, 2004).

Otra dinámica se halla en esa medicalización excesiva y coercitiva de la menopausia. Para ello, el instrumento más potente ha sido la imposición de esas terapias hormonales TRH/THS, que promovidas desde los años 40 como una panacea para “conservar la juventud”, se convirtieron en la respuesta automática y única para millones de mujeres, muchas veces recetada sin explicación de sus riesgos: probabilidad de cáncer de mama, embolias y enfermedades cardiovasculares (Galaup, 2016; Embid, 2004). Como señala la doctora Christiane Northrup (1999), este abordaje refleja una “mentalidad no científica y llena de prejuicios de la profesión médica” (s/p) que insiste en ver la menopausia como una “enfermedad de insuficiencia de estrógeno” (s/p).

Sin embargo, el panorama no es homogéneo. En América Latina, el uso de terapia hormonal es bajo (12,5 %), y la razón principal para no usarla es la falta de prescripción por parte de los ginecólogos, quienes a pesar de usarla ellos mismos no la recomiendan a sus pacientes (Blümel et al., 2014). Esto revela una paradoja: mientras en algunos contextos se medicaliza en exceso, en otros el problema es el infra-abordaje y la falta de información, ambas, formas de violencia ginecológica.

Las consecuencias son tangibles. Muchas mujeres son presionadas para iniciar TRH/THS de manera preventiva, incluso antes de presentar síntomas significativos, en una medicina antienvjecimiento que medicaliza la senectud. Alternativas basadas en estilos de vida como nutrición, ejercicio, manejo del estrés, lubricantes, son minimizadas o ignoradas, privando a las pacientes de opciones de cuidado menos invasivas y más integrales. De modo que, las mujeres que se resisten a este tratamiento son tildadas de “retrógradas” o irracionales, una coerción que las despoja de su autonomía y las convierte en víctimas de su propia biología.

Tal visión ignora por completo la diversidad de experiencias, dimensiones psicosociales, culturales y subjetivas, imponiendo un modelo biomédico, homogéneo y excluyente. Muchas mujeres atraviesan esta etapa con mínimas molestias y otras incluso reportan liberación y nueva vitalidad al dejar atrás los años fértiles. Sin embargo, el relato dominante, amplificado por la industria farmacéutica, es el del sufrimiento y la pérdida, creando un miedo cultural hacia el envejecimiento femenino (Kaufert, 1996), del que el mercado se sirve a sus anchas.

Incontables sitios en la Internet ofrecen hoy día productos llamados suplementos que van acompañados de mensajes que hacen ver el envejecimiento como algo que se puede evitar. En esta misma línea mercadológica se ubica la creciente industria del “skin care”, que ha generado millones de pesos a costa de la venta de la ilusión del antienvjecimiento.

Así, la violencia ginecológica se revela tanto en lo que se hace de más (patologización y medicalización coercitiva) como en lo que se deja de hacer (invisibilización). La invisibilización por omisión y silencio es otra dinámica. Pese a que todas las mujeres de cierta edad alcanzan la menopausia, existe una escasez notable de estudios, protocolos clínicos y políticas públicas centradas en esta etapa. La investigación médica ha privilegiado las fases reproductivas (pubertad, embarazo, parto), respuesta de un sistema que coloca la reproducción como médula del interés social, relegando al climaterio a un territorio marginal y de negación (Lock, 1998; Chrisler y Ghiz, 1993). No es sorprendente entonces, que las mujeres entrando a la menopausia se topen con un vacío de saber de sí ligado a la feminidad que las angustia. Si ya no emiten sangre menstrual, si sus óvulos se han agotado y mucho menos paren, ¿continúan siendo mujeres?, ¿qué les resta de feminidad? Pensar en el climaterio es pensar en otra forma de ser femenina que se convierte en un tema crítico para algunas mujeres porque implica un trastocamiento radical de lo que se ha sido sin entender muy bien lo que se será.

El resultado de las dinámicas médicas aliadas al mercado es negar el derecho a transitar el climaterio de modo natural y exponer a las mujeres a riesgos iatrogénicos sin un consentimiento informado. La retórica utilizada en este escenario no es neutral, sustenta un lenguaje de fracaso y decrepitud que impregna la consulta ginecológica, construyendo una realidad donde el cuerpo menopáusico es uno roto, insuficiente y necesitado de reparación farmacológica. Esto refuerza ideas misóginas asociadas con la vejez, deterioro físico y pérdida de atractivo sexual que impactan en la subjetividad y bienestar de las mujeres (Chrisler y Ghiz, 1993; Northrup, 1999).

Reconocer la menopausia como escenario de violencia ginecológica significa cuestionar la concepción del cuerpo aquí, como fallido o enfermo y, en cambio, visibilizarla como un proceso natural que cambia y que merece cuidado, no cura.

Finalmente, a manera de síntesis de los hallazgos, presentamos la siguiente Tabla:

TABLA 1 COMPARACIÓN DE LOS CINCO ESCENARIOS DE LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA

CRITERIO DE ANÁLISIS	1. Menstruación y su medicalización	2. Anticoncepción forzada o no informada	3. Aborto y negación de derechos	4. Discriminación por orientación sexual/identidad de género	5. Menopausia como "fracaso" corporal
Prácticas Violentas	Minimización del dolor; prescripción de anticonceptivos sin consentimiento; promoción de la abolición farmacológica del ciclo; falta de investigación de causas orgánicas (endometriosis).	Coerción para aceptar métodos hormonales (implantes, inyecciones, DIU); negativa a retirar anticonceptivos; falta de información sobre alternativas no hormonales; esterilizaciones forzadas (Perú, México).	Criminalización y estigma; obstaculización del acceso incluso donde es legal; hostigamiento en abortos espontáneos; difusión de mitos sin base científica (infertilidad, cáncer).	Presunción de heterosexualidad; preguntas inadecuadas o patologizantes; negación de atención específica a personas trans; comentarios vejatorios	Patologización del climaterio como "déficit hormonal"; prescripción acrítica de terapia hormonal sustitutiva (THS) sin información de riesgos; o, por el contrario, infra abordaje y falta de prescripción; asociación con pérdida de valor social.
Mecanismo Central	Patologización de lo fisiológico; medicalización como primera respuesta	Control de la fertilidad mediante imposición o denegación; despojo de la autonomía reproductiva.	Criminalización y control moral de la sexualidad; imposición de la maternidad obligatoria.	Heteronormatividad y cisnormatividad como marco excluyente; negación de la diversidad corporal.	Medicalización de la vejez; refuerzo del mandato de juventud eterna y fertilidad como único valor femenino.
Consecuencias Psicosociales	Desconexión corporal; normalización del sufrimiento; dependencia farmacológica crónica; abandono de controles.	Pérdida de agencia sobre el cuerpo; trauma médico; desconfianza en el sistema sanitario; riesgos de salud por métodos inapropiados (trombosis, cáncer).	Miedo a buscar ayuda; abortos inseguros con riesgo de muerte; culpa y silencio; trauma psicológico duradero.	Evitación de consultas ginecológicas; diagnósticos tardíos de cánceres prevenibles (cervix, mama); sufrimiento psíquico por discriminación.	Miedo al envejecimiento; dependencia farmacológica innecesaria; o desatención de síntomas reales; deterioro de la salud ósea y cardiovascular por falta de tratamiento adecuado.
Relación con Violencia Obstétrica	Base estructural: acostumbra a ceder la agencia desde la menarquia, allanando la sumisión durante el parto.	Condicionamiento previo; normaliza la intervención médica no consensuada sobre el cuerpo femenino.	Continuum punitivo: la misma lógica que castiga el aborto sostiene la medicalización violenta del parto.	Interseccionalidad reforzada: la exclusión en ginecología anticipa la violencia específica en la atención obstétrica.	Cierre del ciclo de control: confirma que el valor médico del cuerpo femenino reside exclusivamente en su capacidad reproductiva.

Fuente: Elaboración propia

Las diferencias por tipo de institución revelan que la violencia ginecológica no es homogénea: el sector público concentra mayor coerción directa y negligencia por saturación, mientras el privado tiende a la iatrogenización con fines de lucro (supresión menstrual, THS). Ambos sistemas, sin embargo, comparten el mismo sustrato androcéntrico y heteronormativo. Las propuestas de prevención se derivan directamente de los hallazgos de

cada escenario y están orientadas a intervenciones concretas: formación médica, protocolos de consentimiento, garantía de acceso legal y desestigmatización.

Conclusiones

El sendero recorrido ha buscado iluminar un campo aún poco explorado dentro del debate feminista sobre violencias emergentes: la violencia ginecológica. Una práctica médica que regula, examina y medicaliza el cuerpo femenino en todas sus etapas vitales, y continúa operando como un espacio privilegiado de violencias normalizadas y desdibujadas.

Los cinco escenarios desarrollados, permiten entrever la extensión en dichas violencias. En el caso de la menstruación, la patologización del proceso fisiológico ha convertido a los cuerpos menstruantes en objeto de medicalización y control, en donde industrias de higiene menstrual y farmacéuticas han lucrado bajo discursos de productividad o aseo. En cuanto a la anticoncepción, lo que debería ser un instrumento de autonomía se convierte en un dispositivo de coerción cuando se prescribe sin información completa, se impone como práctica eugenésica o control social.

En el aborto, la violencia ginecológica se expresa en la negación de derechos sexuales y reproductivos, en la criminalización de quienes deciden interrumpir un embarazo y en la obstaculización médica a pesar de los marcos legales que lo permiten.

La discriminación hacia mujeres lesbianas, bisexuales, personas trans y no binarias muestra cómo la ginecología sigue reforzando la matriz heteronormativa, patologizando orientaciones e identidades diversas bajo la premisa de que solo el cuerpo heterosexual es “apto” para ser cuidado. Finalmente, en la menopausia, la medicalización de la vejez convierte una transición vital del cuerpo en la idea de que perder capacidad reproductiva equivale a perder valor social.

A pesar de la especificidad de cada escenario, pueden identificarse cuatro características comunes que definen la violencia ginecológica: 1) patologización de lo fisiológico, 2) desinformación estratégica, 3) refuerzo de mandatos de género, y 4) beneficio económico para la industria farmacéutica. Por lo tanto, no son prácticas aisladas, sino la expresión concreta de

un paradigma biomédico y androcéntrico que concibe el cuerpo femenino como un territorio deficiente, siempre a punto de fallar, y, por tanto, necesitado de medicalización y vigilancia constante. El sistema aquí, medicaliza desde la ignorancia inducida, imponiendo una lógica que interpreta los procesos naturales del cuerpo como desviaciones que deben ser “curadas”, convirtiendo a las pacientes en cómplices involuntarias de su propio sometimiento.

Reconocer la violencia ginecológica no significa competir con la obstétrica, sino complementarla y ampliarla, visibilizando que la subordinación médica de las mujeres no se limita al parto, atraviesa su relación integral con el cuerpo, sexualidad y salud. Asimismo, implica una exigencia política que obliga a cuestionar el modelo médico.

Bibliografía

- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. (2da ed.). Debolsillo.
- Bobel, C. (2010). *New Blood: Third-Wave Feminism and the Politics of Menstruation*. Rutgers University Press.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Cárdenas Castro, M., Salinero Rates, S., García, C., Guzmán, T., y Vargas, D. (2020). Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica en Chile 2019–2020. Colectiva contra a violencia ginecológica y obstétrica. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Cárdenas-Castro, M., y Salinero-Rates, S. (2023). The continuum of violence against women: Gynaecological violence within the medical model in Chile. *Sexual & reproductive healthcare*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891>
- Chrisler, J. y Ghiz, L. (1993). Menopause and the media. *Women & Health*, 20(2), p. 1-14. https://www.researchgate.net/publication/262152624_Changing_bodies_symptoms_body_image_health_and_wellbeing_over_the menopausal_transition
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), p. 1675–1683. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>

- Daniel, H., y Butkus, R. (2015). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities: executive summary of a policy position paper from the american college of physicians [Abstract]. *Annals of Internal Medicine*, 163(2), p. 135-137. <https://doi.org/10.7326/M14-2482>
- Davis, S., Pinkerton, J., Santoro, N., y Simoncini, T. (2023). Menopause—Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*, 186(19), p. 4038-4058. doi: 10.1016/j.cell.2023.08.016
- Ehrenreich, B. y English, D. (1973). *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. Feminist Press.
- Embid, A. (2004). Lo que no le han contado sobre los tratamientos hormonales de la menopausia. *Revista de medicinas complementarias. Medicina holística*, 60, p. 35-50.
- Hartmann, B. (1995). *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. (3rd ed.). South End Press.
- Hernández, L. (2019). Violencia sutil y salud mental en población lésbico, gay y bisexual de la Ciudad de México: Implicaciones para la política pública. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/344754787_Violencia_sutil_y_salud_mental_en_poblacion_lesbico_gay_y_bisexual_de_la_Ciudad_de_Mexico_Implicaciones_para_la_politica_publica
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/nacional_resultados.pdf
- Kaufert, P. (1996). The medicalization of menopause. *Social Science & Medicine*, 43(5), p. 779-789. doi: 10.3109/01674829709085573.
- Ko, Ñ. (2023). Unacknowledged genocide: Coercive sterilization of indigenous women in Peru. *Violence: an International Journal* 4(1-2). <https://doi.org/10.1177/26330024231210306>
- Lamas, M. (2014). Cuerpo, diferencia sexual y género: *Debates contemporáneos*. Debate Feminista, 50, p. 45-62
- Lock, M. y Kaufert, P. (1998). *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge University Press.

- Lock, M. (1998). *Menopause: Lessons from anthropology. Psychosomatic Medicine*, 60(4), p. 410-419. DOI: 10.1097/00006842-199807000-00005
- Maffía, D. (2007). *Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12 (28), p. 63-98.
- Menanteux-Suazo, M. y Cárdenas-Castro, M. (2025). Violencia ginecológica en el sistema de salud chileno: comparación entre mujeres migrantes y chilenas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 43, p. 1-15. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e357736>
- Morales, H. (2011). *Otra historia de la sexualidad. Ensayos psicoanalíticos*. Ediciones de la Noche.
- Northrup, C. (1999). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*. Ediciones Urano, S. A.
- OMS. (2022). *Abortion care guideline*. World Health Organization.14
- Pérez Navarro, P. (2020). "Parodias de la parodia en Martha Nussbaum y Celia Amorós", *Journal of Homosexuality*, 67(5), p. 577–599.
- Petchesky, R. (1990). *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality, and Reproductive Freedom* (Revised ed.). Northeastern University Press.
- Preciado, P. (2008). *Testo yonqui. Huertas*, S.A.
- Quintero-Veloz, X., Vallin, J., Suchman, L. y Holt, K. (2025). Análisis de narrativas del personal prestador de servicios anticonceptivos en México: entre la autonomía reproductiva y la coerción anticonceptiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(2), e00103324. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES103324>
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires. Argentina: CEDES. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4385>
- Rich, A. (1980). Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Journal of Women in Culture and Society*, 5(4), p. 631-660. doi: 10.1086/493756

- Roberts, T., Klein, J. y Tracey, S. (2019). The Menstrual Mark: Menstruation as Social Stigma. *Gender & Society*, 33(5), p. 769-794.
- Senderowicz, L. y Kolenda, A. (2022). "She told me no, that you cannot change": Understanding provider refusal to remove contraceptive implants. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100154>
- Sobral, L., Lima, J., Silva, A., Monteiro, L., Britto, D. y Peixoto, R. (2024). Healthcare for LGBTQIA+ people: What do patients say? *Research square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5708264/v1>
- Valls-Llobet, C. (2011). *Mujeres, salud y poder*. (3ra ed.). Cátedra.
- Vázquez, L. y Castro, R. (2008). *El aborto en América Latina: Estrategias feministas y resistencias conservadoras*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Weinand, J. y Safer, J. (2015). *Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals*. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2(2), p. 55-60.
- Zettermark, S. (2024). They all of a sudden became new people: Using reproductive justice to explore narratives of hormonal contraceptive experience in Sweden. *Feminism & Psychology*, 31(1), p. 52-71. <https://doi.org/10.1177/13505068241230821>