



Título: Escaleras
Autor: Juan Fernando Ospina - Fotógrafo
Medellín

Volumen 43, 2025

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e357736>

Recibido: 11/07/2024
Aprobado: 17/07/2025
Publicado: 01/08/2025

Cita:

Menanteux-Suazo MR, Cárdenas-Castro M. Violencia ginecológica en el sistema de salud chileno: comparación entre mujeres migrantes y chilenas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2025;43:e357736. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e357736>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Violencia ginecológica en el sistema de salud chileno: comparación entre mujeres migrantes y chilenas*

María Rocío Menanteux-Suazo¹ ; Manuel Cárdenas-Castro²

¹ Candidata a Doctora en Ciencias Humanas. Universidad de Talca, Chile. m.rocio.menanteux@gmail.com

² Doctor en Comportamiento Social y Organizacional. Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Chile. jose.cardenas@utalca.cl

Resumen

Objetivo: Comparar los niveles de violencia ginecológica reportados por mujeres migrantes y chilenas en el sistema de salud chileno.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, basado en análisis secundario de datos de 102 mujeres migrantes y 94 chilenas, obtenidos de la “Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica” (2019).

Resultados: La edad promedio fue de 31 años (desviación estándar de 12,86); el 52 % de las participantes fueron migrantes, y el 48 %, chilenas. El nivel educativo fue alto: el 53 % contaba con estudios universitarios y el 22 % con posgrado. Existían disparidades en cuanto al acceso y la cobertura del sistema de salud. El 66 % de las chilenas usaba el Fondo Nacional de Salud, frente al 44,7 % de migrantes latinoamericanas y 40,9 % de las no latinoamericanas que también lo usaban. Las migrantes latinoamericanas presentaron una mayor identificación con pueblos originarios (16,4 %) y afrodescendencia (16,4 %), en comparación con chilenas y migrantes europeas o estadounidenses. Se hallaron diferencias significativas en las dimensiones de violencia psicológica y física, siendo las mujeres latinoamericanas quienes reportaron mayores niveles de violencia ginecológica en comparación con chilenas y migrantes de Europa y Estados Unidos.

Conclusión: Los hallazgos evidencian dinámicas interseccionales de violencia y discriminación en la atención ginecológica en Chile, que afectan de manera diferenciada según el origen nacional. Se destaca la urgencia de enfrentar las desigualdades estructurales del sistema de salud, para garantizar una atención equitativa y respetuosa para todas las mujeres.

-----**Palabras clave:** ginecología, migrantes, salud de las mujeres, sistema de salud, violencia ginecológica, violencia obstétrica.

* Análisis secundario, basado en la “Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica”, de 2019, conducida por la Colectiva Contra la Violencia Obstétrica y Ginecológica. Asimismo, recibió financiamiento del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT 1210102) de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile

Gynecological violence in the Chilean health care system: a comparison between migrant and Chilean women

Abstract

Objective: To compare the levels of gynecological violence reported by migrant and Chilean women in the Chilean health system.

Methods: Cross-sectional descriptive study, based on secondary analysis of data from 102 migrant and 94 Chilean women, obtained from the "First national survey on gynecological and obstetric violence" (2019).

Results: The mean age was 31 years (standard deviation 12.86); 52% of the participants were migrants and 48% were Chilean. The educational level was high: 53% had university studies and 22% had postgraduate studies. There were differences in terms of access to and coverage by the health care system. Sixty-six percent of Chilean women used the National Health Fund, compared to 44.7% of Latin American migrants and 40.9% of non-Latin American migrants who also used it. Latin American migrants had a higher identification with native peoples (16.4%) and Afro-descendants (16.4%), compared to Chilean women and European or U.S. migrants. Significant differences were found in the dimensions of psychological and physical violence, with Latin American women reporting higher levels of gynecological violence compared to Chilean women and migrants from Europe and the United States.

Conclusion: The findings show intersectional dynamics of violence and discrimination in gynecological care in Chile, which affect women differently according to national origin. The urgency of addressing structural inequalities in the health care system is highlighted, to ensure equitable and respectful care for all women.

-----**Keywords:** gynecology, migrants, women's health, health care system, gynecologic violence, obstetric violence.

Violência ginecológica no sistema de saúde chileno: comparação entre mulheres migrantes e chilenas

Resumo

Objetivo: Comparar os níveis de violência ginecológica referidos por mulheres migrantes e chilenas no sistema de saúde chileno.

Método: Estudo descritivo transversal, baseado na análise secundária de dados de 102 mulheres migrantes e 94 chilenas, obtidos da "Primeira encuesta nacional sobre violência ginecológica e obstétrica" (2019).

Resultados: A idade média foi de 31 anos (desvio padrão de 12,86); 52% das participantes foram migrantes e 48% chilenas. O nível educativo foi alto: 53% contavam com estudos universitários e 22% com estudos de pós-graduação. Disparidades existenciais no acesso e a cobertura do sistema de saúde. 66% das chilenas usavam o Fundo Nacional de Saúde, diante de 44,7% de migrantes latino-americanas e 40,9% das não latino-americanas que também o usavam. As migrantes latino-americanas apresentaram uma maior identificação com povos originários (16,4%) e afrodescendência (16,4%), em comparação com chilenas e migrantes europeias ou estadunidenses. Foram achadas diferenças significativas nas dimensões de violência psicológica e física, sendo as mulheres latino-americanas as que referiram maiores níveis de violência ginecológica em comparação com chilenas e migrantes da Europa e dos Estados Unidos.

Conclusão: Os achados evidenciam dinâmicas interseccionais de violência e discriminação na atenção ginecológica no Chile, que afetam de maneira diferenciada segundo a origem nacional. Destaca-se a urgência de enfrentar as desigualdades estruturais do sistema de saúde, para garantir uma atenção equitativa e respeitosa para todas as mulheres.

-----**Palavras-chave:** ginecologia, migrantes, saúde das mulheres, sistema de saúde, violência ginecológica, violência obstétrica.

Introducción

Los servicios ginecológicos son los únicos creados exclusivamente para las mujeres y “se caracterizan por requerirse a lo largo de todo el ciclo vital” [1, p. 2]. Las consultas varían según la etapa vital: en la adolescencia predominan alteraciones menstruales y anticoncepción [2]; en la edad adulta, las acciones prioritarias incluyen controles preventivos y tratamiento de patologías [3]; en la perimenopausia y la posmenopausia, el manejo de síntomas climatéricos y tamización de cáncer [4]. En el contexto de estas atenciones de salud, la violencia ginecológica aparece como una forma específica de violencia contra las personas cuyo sexo asignado al nacer fue de mujeres, involucrando prácticas realizadas por proveedores de salud que se manifiestan como actos de negligencia, así como abuso verbal, físico o sexual [5]. Investigaciones previas indican la presencia de sesgos de género profundamente arraigados dentro del sistema de salud, que resultan en casos de maltrato y violencia contra las mujeres y las disidencias sexuales, que puede considerarse parte del continuo de violencia hacia las mujeres [5-7].

Es necesario diferenciar la violencia ginecológica de la obstétrica. Mientras la segunda se centra en experiencias durante el embarazo, parto y puerperio [8], la primera abarca interacciones entre el médico y la paciente en múltiples contextos clínicos. Incluye falta de explicación de procedimientos, comentarios prejuiciosos, solicitudes sin advertencia previa, infantilización, procedimientos sin consentimiento informado y negación de información sobre tratamientos alternativos [9,10].

Si bien la violencia obstétrica ha sido documentada y estudiada en Chile y Latinoamérica [11,12], la violencia ginecológica ha recibido menor atención académica, pese a que afecta a las mujeres en diversas etapas de su vida. Los estudios existentes se han centrado principalmente en la violencia durante el embarazo y el parto [13], dejando un vacío importante en la comprensión de las experiencias de violencia durante la atención ginecológica rutinaria. Esta investigación busca contribuir a llenar ese vacío, explorando específicamente las experiencias de violencia ginecológica en mujeres migrantes.

Los reportes de violencia en la atención ginecológica en Chile son alarmantes. Según la “Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica”, realizada el año 2019, el 67 % de las participantes señaló sentir que había vivenciado algún tipo de violencia ginecológica [14], mientras que un alto porcentaje adicional expresó no estar segura de haber vivido situaciones asociadas a ella, pero creían haberlas experimentado. Del mismo modo, se han detectado diferencias significativas en los reportes de violencia ginecológica entre las mujeres más jóvenes, afrodescendientes, pertenecientes

a etnias originarias, así como tipos diferenciados de violencia entre el sistema público o privado de salud [15]. Estos antecedentes nos indican que es posible que dichas experiencias de vulneración en los servicios de salud puedan ser extrapoladas a otros grupos minoritarios de nuestra sociedad.

Las mujeres migrantes en Chile constituyen un grupo particularmente vulnerabilizado al interior del sistema sanitario, en parte debido a procesos estructurales que articulan nacionalidad, género y clase, como ha sido documentado en el análisis de las jerarquías impuestas por las políticas migratorias y discursos nacionalistas en el país [16]. En este sentido, proponemos interpretar los hallazgos a la luz del modo en que las relaciones históricas y sociales —marcadas por la racialización, el género y la situación migratoria— configuran las experiencias sanitarias individuales. Esto, pues las desigualdades en salud no son solo producto de actos individuales, sino también de estructuras más amplias que influyen en la forma en que las personas perciben y viven la atención médica [17].

Desde los años noventa se observa un aumento sostenido en el flujo migratorio en Chile. De acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y el Servicio Nacional de Migraciones, al 31 de diciembre de 2023, en Chile residían aproximadamente 1 800 000 personas extranjeras, lo que representa alrededor del 9 % de la población total del país [18]. El flujo es principalmente intrarregional, con cerca del 90 % de inmigrantes provenientes de América Latina y el Caribe [19]. Las principales nacionalidades son Venezuela, Perú, Colombia y Haití [18,19]. Asimismo, se observa un creciente protagonismo de las mujeres en los procesos migratorios como sujetos económicos independientes, pudiendo sufrir una doble discriminación en el país de destino, por el hecho de ser mujeres y migrantes [20].

Si bien en la última década se han implementado diversas iniciativas en salud y migración, persisten barreras significativas para la población migrante. En términos de la salud sexual y reproductiva, las mujeres migrantes enfrentan obstáculos específicos: menor acceso a anticonceptivos, control prenatal tardío, acceso limitado a exámenes preventivos como la prueba de papanicolaou, y mayor exposición a violencia sexual, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual [21]. El VI Informe de la Corporación Miles Chile, de 2024, documenta alta discriminación y violencia ginecológica hacia estas mujeres, exacerbada por barreras idiomáticas, culturales y administrativas [22]. Las dificultades incluyen problemas para comprender terminología médica, vergüenza cultural al discutir sobre la sexualidad y diferentes formas de entender la privacidad durante exámenes físicos. Por ejemplo, la presencia de estudiantes durante los exámenes ginecológicos, común en Chile,

se considera invasiva en algunas culturas latinoamericanas [23].

Como sostienen Castillo y Molina, “El sistema de salud chileno es altamente segmentado y fragmentado en la provisión de los servicios” [24, p. 53]. El aseguramiento suele ser público (Fondo Nacional de Salud), al que accede cerca del 75 % de la población —sobre todo aquella expuesta a mayores vulneraciones— o privado (Instituciones de Salud Previsional), con aproximadamente el 20 % de la población. Según Goyenechea [25], este modelo, heredado de reformas neoliberales, ha creado un sistema donde la calidad de la atención depende de la capacidad de pago.

Zepeda y González documentan cómo la atención en salud para migrantes ocurre en contextos de desconocimiento, desinformación y discriminación, lo que afecta su calidad de vida [26]. Esto sugiere la existencia de circuitos diferenciados de atención en la práctica. Los datos disponibles indican que las mujeres migrantes en Chile presentan 7,5 veces más posibilidades de no tener previsión de salud que las mujeres chilenas [27], situación que se ve agravada por la baja consulta al sistema de salud y una mayor insatisfacción de sus necesidades sanitarias. Cabieses y Oyarte señalan que las mujeres migrantes latinoamericanas, concentradas en los quintiles más bajos de ingreso, dependen mayoritariamente del sistema público (37,3 % frente al 31,5 % de chilenas), mientras que el 28,4 % carece por completo de cobertura de salud [27].

Violencia ginecológica como expresión de violencia estructural contra las mujeres

García, retomando a Galtung, denomina “triángulo de la violencia” “a tres tipos posibles de encontrar en la sociedad: la violencia cultural, la violencia estructural y la violencia directa. La violencia directa se asienta en la violencia estructural y se justifica por la violencia cultural” [28, p. 25].

El sistema social chileno, fuertemente influido por el patriarcado, en el que las mujeres han sido oprimidas de forma sistemática, tratadas como inferiores y expuestas día a día a “profundas desigualdades de género a todos los niveles [...] redundan en que la violencia de género sea una muestra más de la supuesta ‘supremacía’ de los varones” [28, p. 29]. Para García, la violencia de género no se limita al ámbito de parejas o exparejas, sino que puede evidenciarse en lo estructural/cultural, “siendo los malos tratos individuales la manifestación particular de los malos tratos estructurales institucionalizados del orden patriarcal” [28, p. 31].

La violencia estructural se manifiesta en el sistema sanitario a través de inequidades que impactan en los resultados clínicos y las experiencias de atención. La salud y la enfermedad no son fenómenos puramente biológicos, sino socialmente estructurados, lo que se

refleja en disparidades persistentes en la calidad de la atención [5,29]. El abuso en el sistema de cuidado sanitario se define por las experiencias subjetivas de las pacientes y se caracteriza por la falta de consideración, sufrimiento y sentimiento de pérdida de valor como ser humano [30, p. 130]. Puede referir a incidentes que van desde un trato percibido como poco respetuoso o humillante, aplicación de procedimientos intencionalmente dolorosos, la negligencia médica o diversas formas de violencia psíquica, física y sexual [31, p. 1681].

En el caso de la salud ginecológica, “las mujeres pueden sentirse más expuestas y vulnerables, ya que se abordan situaciones centradas en aspectos íntimos como la sexualidad, donde debería primar un trato respetuoso y un clima acogedor” [32, p. 188]. Para Cárdenas *et al.*, la *violencia ginecológica* se entiende como:

[...] todas aquellas prácticas realizadas por miembros del equipo de salud (médicos, enfermeras, matronas, etc.) y 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. Dichas prácticas pueden afectar psicológica, física y/o sexualmente a las mujeres [32, p. 188].

En la atención ginecológica se establece una relación asimétrica, lo que puede constituirse en una experiencia traumática para muchas mujeres, pues “las retóricas del cuidado hacen que el daño infringido por quienes se suponen que deberían cuidarlas pueda llegar a tener un efecto más profundo” [32, p. 188]. Además de las dificultades económicas y estructurales que enfrentan los servicios de salud pública, se encuentran aspectos socioculturales relacionados con prácticas discriminatorias en relación con el género, la clase social y la raza/etnia [33], siendo vital explorar estas desigualdades desde la perspectiva de las relaciones interseccionales [34].

La *interseccionalidad* es una perspectiva teórica que destaca cómo múltiples identidades sociales que se entrecruzan —en particular, las identidades de las minorías— se relacionan con las estructuras de desigualdad y discriminación [35]. Así, los estudios interseccionales revelan que las personas con múltiples estatus de desventaja a menudo experimentan formas de discriminación que no son reducibles a un único eje de desigualdad [34]. El concepto de *relaciones interseccionales* puede ayudar a explicar las relaciones de poder entre los profesionales y las mujeres, normalizadas en el contexto sanitario [36].

Las vulneraciones expresadas por mujeres migrantes en Chile se relacionan con sentirse desinformadas —sensación que la mayoría de las veces se traduce en

incertidumbre y miedo—; marginadas e invisibilizadas, pero, a la vez, fácilmente identificables como extranjerías, lo que las hace sentirse expuestas al descrédito de funcionarios y funcionarias [37]. Las mujeres migrantes se han situado como receptoras de atención y entes pasivos del sistema: algunas, conscientes de sus deseos y anhelos, ceden su autonomía por miedo a que los profesionales las traten mal si intentan tomar sus propias decisiones. Por ejemplo, en el contexto de exámenes ginecológicos rutinarios, cuando rechazan el uso de elementos para facilitar la colocación del espéculo o manifiestan incomodidad durante el procedimiento, reportan sentirse “condenadas” por el profesional [35, p. 4].

La prevalencia de la violencia ginecológica es un problema de salud pública con impacto significativo en la salud física y mental de las mujeres, y en la equidad en salud. Este impacto no solo se manifiesta a nivel individual, comunitario y social, sino que también perpetúa desigualdades estructurales y limita el acceso a servicios de salud de calidad. Las experiencias de violencia ginecológica pueden provocar el incumplimiento de la atención médica necesaria, retrasos en diagnósticos y complicaciones prevenibles, socavando la confianza en el sistema de salud, especialmente para las personas vulneradas como las mujeres migrantes [5,29]. La mejora de la salud de la población y la justicia social en el campo de la salud se pueden lograr mediante investigaciones que se centren en promover una atención ginecológica respetuosa, culturalmente sensible y centrada en el paciente.

El objetivo de este estudio es comparar los niveles de violencia ginecológica reportados por mujeres migrantes y chilenas en el sistema de salud chileno.

Métodos

Se realizó un análisis secundario de datos obtenidos en un estudio de tipo descriptivo transversal, basado en la “Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica”, de 2019, conducida por la Colectiva Contra la Violencia Obstétrica y Ginecológica [14], cuyo objetivo original fue documentar experiencias de violencia en contextos de atención ginecológica y obstétrica.

Participantes

La encuesta recopiló información de 4552 personas cuyo sexo asignado al nacer fuera de mujer, mayores de edad, que hubieran asistido alguna vez a atención ginecológica en Chile y residieran en el país desde hace al menos seis meses [14].

Para el presente estudio se conformó una muestra de 196 participantes, compuesta por dos grupos: 1) la totalidad de mujeres migrantes ($N = 102$) que completaron íntegramente la sección de “violencia ginecológica”

y que cumplieron con el criterio de residir en Chile por al menos seis meses; y 2) una muestra aleatoria de mujeres chilenas ($N = 94$), seleccionada mediante un procedimiento de muestreo aleatorio simple, representando aproximadamente el 2 % del total de participantes chilenas de la encuesta original.

Esta estrategia de muestreo pareado permitió equilibrar numéricamente ambos grupos para realizar comparaciones estadísticamente robustas, minimizando el riesgo de que las diferencias encontradas pudieran atribuirse a desequilibrios en el tamaño muestral, y optimizando la potencia estadística de los análisis comparativos entre mujeres migrantes y chilenas.

Procedimiento

El cuestionario fue aplicado por internet y de manera anónima, mediante la plataforma SurveyMonkey entre el 18 de diciembre de 2019 y el 10 de mayo de 2020.

La aplicación del cuestionario coincidió parcialmente con el inicio del periodo de confinamiento por la pandemia de COVID-19 en Chile (marzo-mayo de 2020). No obstante, dado que la recolección de datos se realizó de forma digital y anónima, no se identificaron efectos relevantes en el proceso de levantamiento de información.

Instrumento

Para esta sección se utilizó la Escala de Violencia Ginecológica y Obstétrica, validada previamente por Cárdenas *et al.* en 2020, sin modificaciones en sus elementos ni en su estructura [32].

La escala se compone de 13 ítems, que se agrupan en tres dimensiones correlacionadas entre sí: violencia psíquica (por ejemplo: “El personal de salud juzgaba tus prácticas sexuales o se refería a ellas en tono moralizante”), física (por ejemplo: “El personal de salud realizó comentarios impertinentes sobre tu físico, vestimenta o higiene”) y sexual (por ejemplo: “Se te solicitó desnudarte sin que ello guardase relación con los motivos de tu consulta”).

Los ítems se presentaron 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”). El coeficiente de fiabilidad para esta aplicación (alfa de Cronbach) fue de 0,87.

Análisis de datos

Para los análisis se utilizaron los programas IBM SPSS® 26.0 [38] y G*Power 3.0.10 [39]. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencia, media, desviación estándar, mínimo y máximo), así como comparaciones de medias (prueba *t* para muestras independientes y ANOVA de un factor). Para cada una de ellas se calcularon los respectivos tamaños del efecto (*d* y *f* de Cohen).

Consideraciones éticas

El cuestionario original incluyó el apartado de consentimiento informado, en el que las participantes —antes de completar la encuesta— aceptaban responder voluntariamente las preguntas tras ser informadas sobre los objetivos del estudio, la confidencialidad de sus respuestas y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Este consentimiento fue respondido afirmativamente por todas las participantes incluidas en este artículo. Dado que los datos fueron recopilados sin identificar a las participantes, el estudio no presentó riesgos para su privacidad.

El estudio original fue realizado por la Colectiva Contra la Violencia Obstétrica y Ginecológica, una organización de la sociedad civil, por lo que no requirió evaluación ética institucional. El presente análisis secundario se enmarca en el Proyecto FONDECYT Regu-

lar N.º 1210102, aprobado por el Comité de Ética Científica de la Universidad de Talca (Folio 01-2021, 12 de mayo de 2021).

En lo referido a la confidencialidad y la protección de la privacidad de las participantes, el análisis de datos se desarrolló conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki [40] y en cumplimiento de la Ley 19628 sobre protección de la vida privada [41].

Resultados

El análisis sociodemográfico evidenció perfiles diferenciados según origen nacional (véase Tabla 1).

Se realizaron pruebas de ji cuadrado para evaluar la homogeneidad entre los grupos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel educa-

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes según origen nacional y resultados de pruebas de significación (χ^2)

Características		Orígenes						$\chi^2(p)$
		Chilenas (%)	N	Migrantes latinoamericanas (%)	N	Migrantes europeas/estadounidenses (%)	N	Total
Nivel de estudios	Básico	1,1	1	1,2	1	4,8	1	3
	Medio	15,2	14	17,6	15	14,3	2	31
	Técnico	8,7	8	5,9	5	9,5	2	15
	Superior	53,3	50	51,8	44	61,9	10	104
	Posgrado	21,7	21	23,5	20	9,5	2	43
	Total	100	94	100	85	100	17	196
Orientación sexual	Heterosexual	87	82	83	71	95	16	169
	Gay, lesbiana u homosexual	3,3	3	0	0	0	0	3
	Bisexual	9,7	9	17	14	5	1	24
	Total	100	94	100	85	100	17	196
Cobertura de salud	Fondo Nacional de Salud	66	62	44,7	38	40,9	7	107
	Instituciones de Salud Previsional	28,7	27	23,5	20	36,4	6	53
	Otra	0	0	3,5	3	0	0	3
	Ninguna	5,3	5	28,3	24	22,7	4	33
	Total	100	94	100	85	100	17	196
Lugar de atención ginecológica	Servicio público	31,9	30	37,6	32	57,1	10	72
	Clínica privada o médico particular	56,3	53	47,1	40	28,6	5	98
	Otra	4,3	4	8,2	7	0	0	11
	No asiste	4,3	4	4,7	4	14,3	2	10

Características		Orígenes						Total	$\chi^2(p)$
		Chilenas (%)	N	Migrantes latinoamericanas (%)	N	Migrantes europeas/estadounidenses (%)	N		
Pueblo originario	No tiene acceso	3,2	3	2,4	2	0	0	5	1,28 (0,53)
	Total	100	94	100	85	100	17	196	
	Sí	16	15	16,4	14	4,5	1	30	
	No	84	79	83,6	71	95,5	16	166	
	Total	100	94	100	85	100	17	196	
Afrodescendencia	Sí	10,6	10	16,4	14	4,5	1	25	0,92 (0,63)
	No	89,4	84	83,6	71	95,5	16	171	
	Total	100	94	100	85	100	17	196	

tivo, orientación sexual, lugar de atención ginecológica, pertenencia a pueblo originario ni afrodescendencia. Se identificó una diferencia estadísticamente significativa en la cobertura de salud, lo que indica una distribución no homogénea entre los grupos para esta variable.

Según se observa en la Tabla 1, los patrones de aseguramiento y uso de servicios varían entre los grupos. Las chilenas utilizaron principalmente atención privada, mientras que las migrantes europeas o estadounidenses accedieron mayoritariamente al sistema público. Las participantes latinoamericanas presentaron una distribución intermedia.

En los marcadores étnico-raciales, las mujeres latinoamericanas reportaron mayor frecuencia de autoidentificación con pueblos originarios y afrodescendencia. También se observaron diferencias en la composición de orientación sexual entre los grupos.

Debe señalarse que algunas categorías presentan frecuencias bajas, especialmente en el grupo de migrantes europeas/estadounidenses, lo que podría afectar la validez estadística de algunas comparaciones.

Los patrones de experiencias de violencia ginecológica presentaron variaciones notables entre los grupos estudiados (véase Tabla 2).

Las migrantes latinoamericanas reportaron mayor frecuencia de experiencias violentas en la mayoría de los ítems evaluados (sumando las respuestas de las alternativas “Definitivamente esto me ocurrió” y “No estoy segura, pero creo/siento que sí ocurrió”), particularmente en las dimensiones psicológicas y físicas, en comparación con los otros grupos. En contraste, las participantes de origen europeo y norteamericano mos-

traron las menores cifras de experiencias negativas en casi todos los ítems.

Entre las prácticas reportadas con más frecuencia destacan la infantilización durante la atención, los procedimientos realizados sin adecuada información y el dolor causado por falta de cuidado. La percepción general de haber vivido alguna forma de violencia ginecológica también mostró diferencias entre los tres grupos analizados, siendo más frecuente entre latinoamericanas, seguido por chilenas y, finalmente, por europeas y estadounidenses.

Tomando como base las respuestas de las participantes para cada uno de los ítems de la escala y ante la pregunta “¿Sientes que has vivido alguna forma de violencia ginecológica?”, se realizó una prueba de asociación (ji cuadrado de Pearson). Si bien los resultados (ji cuadrado = 2,38; $p = 0,304$) no mostraron una relación estadísticamente significativa entre la procedencia —es decir, ser chilena o migrante— y la percepción general de haber experimentado violencia ginecológica, el análisis por dimensiones específicas revela patrones diferenciados. Esto es, aunque la prevalencia global de violencia ginecológica pueda ser similar entre los grupos, la naturaleza y las manifestaciones específicas varían según el origen nacional de las participantes.

Se utilizó una prueba t para muestras independientes, con la finalidad de comparar las medias de los puntajes obtenidos en las dimensiones psicológica, física y sexual, y en el puntaje total de la escala por el grupo de mujeres migrantes provenientes de países latinoamericanos y el de mujeres de origen europeo y norteamericano. Los resultados obtenidos indican que existen diferencias estadísticamente significativas para la dimensión refe-

Tabla 2. Experiencias de violencia ginecológica por dimensiones según origen nacional

Dimensiones		Chilenas n (%)	Migrantes latinoamericanas n (%)	Migrantes europeas/ estadounidenses n (%)
Violencia psicológica	Infantilizada o ignorada	43 (45,3)	45 (58)	10 (41,2)
	Preguntas no apropiadamente atendidas	45 (47,7)	45 (58)	7 (29,4)
	Juzgada por prácticas sexuales	31 (32,5)	31 (40)	7 (29,4)
	Retos o amenazas	31 (32,6)	28 (36)	7 (29,4)
Violencia física	Causaron dolor por falta de cuidado o brusquedad	50 (53,5)	43 (56)	7 (29,4)
	Medicada sin explicaciones	26 (27,9)	39 (50)	3 (11,8)
	Procedimientos que causaron dolor de forma intencional	27 (29)	32 (42)	4 (17,7)
	Víctima de prácticas violentas	35 (37,2)	35 (46)	3 (11,8)
	Comentarios impertinentes sobre físico, vestimenta o higiene	19 (19,8)	22 (28)	3 (11,8)
Violencia sexual	Tactos o "tocaciones" inapropiadas	26 (27,9)	20 (26)	7 (29,4)
	Desnudarse sin relación con motivos de consulta	13 (14)	15 (20)	4 (17,7)
	Víctima de violencia sexual	14 (15,1)	12 (16)	6 (23,6)
	Comentarios inapropiados de contenido sexual	13 (13,9)	18 (24)	1 (5,9)
	Percepción general de violencia ginecológica	58 (61,6)	52 (68)	12 (47,1)

rida a violencia psicológica [$t(65) = 2,274$; $p = 0,026$], y para la dimensión violencia física [$t(65) = 3,543$; $p = 0,001$; $d = 1$], así como para el total de la escala [$t(65) = 2,727$; $d = 0,77$]. En todos los casos, las calificaciones más altas en la escala de violencia ginecológica corresponden al grupo de mujeres de origen latinoamericano.

Para identificar diferencias entre los tres grupos (chilenas, migrantes latinoamericanas y migrantes provenientes de Europa y Estados Unidos) se realizó un ANOVA univariado unifactorial. Los resultados obtenidos en el diseño entre grupos (véase Tabla 3) revelan diferencias significativas en las dimensiones de violencia psicológica y física, así como en el puntaje total de la escala.

Las diferencias más notables se observaron en la dimensión de violencia física entre mujeres latinoamericanas y aquellas provenientes de países europeos y norteamericanos, así como entre estas últimas y las chilenas. Respecto a la dimensión de violencia psicológica, también se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos. Sin embargo, en la dimensión de violencia sexual no se detectaron diferencias estadísticamente

significativas, a pesar de las variaciones porcentuales observadas en ítems específicos.

Respecto al puntaje total de la escala, se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres latinoamericanas y aquellas de origen europeo o norteamericano, confirmando la existencia de experiencias diferenciales de violencia ginecológica según el origen nacional al interior del sistema de salud chileno. Los tamaños del efecto moderado en las dimensiones significativas respaldan la relevancia práctica de estos hallazgos.

Discusión

Los hallazgos evidencian altos porcentajes de violencia ginecológica entre las participantes, tanto chilenas como migrantes, en términos generales y en prácticas específicas. Este fenómeno puede considerarse una experiencia común entre estas mujeres que al buscar atención en una especialidad médica que debería protegerlas, enfrentan relaciones médico-paciente marcadas por patrones tradicionales de género que reflejan dinámicas de dominación y control sobre la sexualidad y el cuerpo femenino,

Tabla 3. Análisis de varianza entre grupos según origen nacional. Puntajes de las participantes por dimensión y total de la escala

		M	DE	F	Sig.	IC 95 %	f
Violencia psíquica	Chilenas	2,63	1,398	3,132	0,046	2,34-2,92	0,2
	Migrantes latinoamericanas	3,11	1,297			2,85-3,37	
	Migrantes europeas/ estadounidenses	2,26	1,373			1,76-2,76	
Violencia física	Chilenas	2,34	1,095	6,861	0,001	2,11-2,57	0,28
	Migrantes latinoamericanas	2,76	1,208			2,52-3,00	
	Migrantes europeas/ estadounidenses	1,63	,908			1,25-2,01	
Violencia Sexual	Chilenas	1,89	1,236	0,005	0,995	1,63-2,15	0,0095
	Migrantes latinoamericanas	1,91	1,151			1,68-2,14	
	Migrantes europeas/ estadounidenses	1,92	1,352			1,43-2,41	
Total Escala	Chilenas	2,32	1,039	4,033	0,020	2,10-2,54	0,22
	Migrantes latinoamericanas	2,67	1,022			2,47-2,87	
	Migrantes europeas/ estadounidenses	1,89	1,004			1,49-2,29	

M: Media; DE: Desviación estándar; F: Estadístico de la prueba ANOVA; Sig.: Significación estadística (valor *p*); IC 95 %: Intervalo de confianza del 95 %; f: Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial).

y afectan directamente su autonomía y vulneran sus derechos fundamentales [42]. Las participantes reportaron experiencias de violencia psíquica, física y sexual, evidenciando dimensiones políticas y sociales de subordinación, con impacto significativo en su ciudadanía y en el ejercicio pleno de sus derechos [43].

Al comparar las experiencias de violencia ginecológica entre mujeres chilenas y migrantes, no se encontraron diferencias significativas en los resultados generales. Sin embargo, al desagregar los datos según su origen nacional, emergieron diferencias importantes en dimensiones específicas, como comentarios y acciones que naturalizan la subordinación médico-paciente y formas de violencia enfocadas hacia aspectos corporales y sexuales. Estos resultados refuerzan la idea de que la nacionalidad simboliza un conjunto de características que condicionan las relaciones de poder en el modelo médico, con lo que se acentúan desigualdades en función del origen étnico-racial [36,44]. En este sentido, las dinámicas del sistema ginecológico chileno no solo reflejan desigualdades de género, sino que también están influenciadas por procesos de racialización y etnización que afectan diferencialmente a las mujeres migrantes.

Al contrastar los resultados entre grupos de mujeres según su nacionalidad, se observan diferencias significativas en las dimensiones de violencia psíquica,

física y en el puntaje total de la escala. Las situaciones de violencia experimentadas durante consultas ginecológicas, donde ya persiste una aceptación implícita del poder médico sobre el cuerpo femenino [43], pueden verse exacerbadas según el país de origen de las consultantes. La dinámica de las relaciones de poder establecidas entre el personal de salud y la población migrante opera como factor determinante en los conflictos surgidos durante la atención sanitaria [45], modulados por factores sociales como origen nacional, raza y clase [25]. Estas asimetrías han sido documentadas en diversos ámbitos de la salud reproductiva, por ejemplo, en las experiencias de parto de mujeres migrantes en Chile [46], donde estos factores se intersecan, materializándose en los cuerpos de las mujeres y corporizando las tensiones de la experiencia migratoria.

La disparidad en los niveles de violencia ginecológica reportados por mujeres latinoamericanas puede interpretarse mediante el concepto de etnización de las relaciones de clase propuesto por Bello y Hopenhayn [47]. Este fenómeno se cristaliza en el sistema sanitario chileno, al articularse con procesos de racialización institucional que reproducen jerarquías étnico-nacionales, ubicando a las mujeres migrantes —particularmente andinas y caribeñas— en posiciones subordinadas y más expuestas a prácticas discriminatorias, como han docu-

mentado investigaciones sobre el trato diferenciado a grupos migrantes en servicios públicos chilenos [48,49].

Los datos revelan una coincidencia notable entre autoidentificación étnico-racial y experiencias de violencia ginecológica, dado que las mujeres latinoamericanas, que reportan mayores niveles de violencia, presentan también mayor identificación con pueblos originarios o afrodescendencia en comparación con chilenas y, especialmente, con migrantes europeas y estadounidenses. Este hallazgo sugiere que los procesos de racialización operan como mecanismos diferenciadores en la experiencia de atención sanitaria, donde la pertenencia étnico-racial constituye un factor adicional de vulneración.

Es fundamental comprender estos mecanismos de exclusión y discriminación como manifestaciones de racismo y etnicismo estructurales que configuran experiencias diferenciadas de violencia ginecológica. Los resultados obtenidos revelan un patrón complejo en el que las mujeres latinoamericanas experimentan mayores niveles de violencia psicológica y física, mientras que las de origen europeo y norteamericano reportan niveles más altos de violencia sexual. Estos mecanismos no operan de manera aislada ni homogénea; se articulan de forma diferenciada con otros sistemas de dominación, produciendo un régimen de atención sanitaria estratificado según el origen nacional, con manifestaciones diversas según las dimensiones específicas de violencia. En investigaciones etnográficas como la realizada por Avaria [50] se evidencia cómo estas dinámicas se traducen en estándares desiguales de atención, donde los patrones de discriminación varían según el contexto específico de la interacción clínica, la dimensión de violencia analizada y las características interseccionales de las mujeres atendidas.

Las diferencias observadas en el ítem “Víctima de prácticas violentas” resulta especialmente reveladora, evidenciando un gradiente de incidencia: las migrantes latinoamericanas registran los niveles más altos, seguidas por las mujeres chilenas, mientras que las migrantes europeas y estadounidenses presentan los niveles más bajos. Esta diferencia pone de manifiesto la posible existencia de prácticas institucionales condicionadas por el origen nacional, y sugiere la materialización de jerarquías étnico-raciales en el ámbito de la atención ginecológica. El menor porcentaje de migrantes europeas y estadounidenses que reportan haber sido víctimas de estas prácticas violentas podría reflejar un trato preferencial sustentado en percepciones racializadas que atribuyen distintos valores sociales a los cuerpos según su nacionalidad.

La evidencia recopilada en este estudio adquiere mayor profundidad al examinarla mediante el concepto de *racismo institucional en salud* desarrollado por Liberona y Mansilla [23]. Sus estudios etnográficos revelan cómo la discriminación trasciende actos individuales explícitos, arraigándose en prácticas institucionales nor-

malizadas que reproducen desigualdades étnico-raciales en tres niveles interrelacionados: interacciones clínicas, protocolos institucionales y marcos conceptuales biomédicos. En las interacciones clínicas, Liberona [45] reportó que una mayoría significativa de mujeres peruanas y bolivianas experimentaron trato paternalista, en contraste con una proporción menor de chilenas. Tijoux [51] identificó que indicaciones médicas dirigidas a haitianas contenían referencias no solicitadas a “riesgos sexuales”, evidenciando hipersexualización racializada. En cuanto a protocolos institucionales, Reyes-Muñoz *et al.* [52] constataron que la mayoría de las consultas ginecológicas a migrantes carecían de intérpretes, pese a la normativa vigente. A nivel conceptual, estas desigualdades se articulan con procesos de racialización institucional que reproducen jerarquías étnico-nacionales, en las que ciertos grupos migrantes son ubicados en posiciones subordinadas, lo que incide en una atención diferenciada y deslegitimadora de sus saberes y experiencias de salud [48,50].

El concepto de *vulnerabilidad corporizada*, que presentan Cabieses y Oyarte [27], resulta clave para entender cómo las mujeres migrantes enfrentan estas dinámicas de exclusión, al describir una forma específica de exposición a la violencia derivada de la intersección entre género, condición migratoria y racialización. En este contexto, las mujeres migrantes desarrollan estrategias de “docilidad performativa”, mostrándose sumisas y agradecidas como mecanismo defensivo frente a potenciales maltratos, lo que refuerza relaciones asimétricas de poder y perpetúa desigualdades estructurales en el sistema sanitario.

Los resultados de este estudio dialogan con investigaciones realizadas en otros contextos latinoamericanos. Por ejemplo, Castro y Frías [53] documentaron patrones similares en México, donde mujeres indígenas y afrodescendientes experimentaron tasas más altas de violencia física durante consultas ginecológicas que mujeres mestizas urbanas. En contextos de alta migración intrarregional, Herrera y Sørensen [54] evidenciaron en Ecuador cómo las jerarquías de origen nacional configuraban experiencias diferenciadas de atención sanitaria, donde colombianas y venezolanas reportaron discriminación sistemática. Estos hallazgos encuentran eco en investigaciones etnográficas de Liberona [45], quien identificó en el norte de Chile lo que denomina “violencia sanitaria etnicizada”, documentando cómo pacientes bolivianas y peruanas son sometidas a un “racismo cordial” que, bajo apariencia de preocupación técnica, las infantiliza y desautoriza. Estas coincidencias entre los resultados obtenidos y la literatura existente sugieren que la violencia ginecológica no constituye un fenómeno aislado, sino una manifestación sistemática de desigualdades estructurales en sistemas de salud latinoamericano.

Contrario a lo que podría anticiparse desde una perspectiva de racialización de la sexualidad, en nuestro estudio se identificó un patrón inesperado en la dimensión de violencia sexual: las mujeres migrantes europeas y estadounidenses reportaron niveles más altos en comparación con sus pares latinoamericanas y chilenas. Este hallazgo cuestiona las narrativas predominantes sobre hipersexualización racializada de mujeres latinoamericanas y sugiere que los mecanismos de violencia ginecológica operan de manera diferenciada según las dimensiones analizadas. Una posible interpretación es que las mujeres europeas y estadounidenses cuentan con mayores herramientas para reconocer y reportar experiencias de violencia sexual, producto de marcos conceptuales distintos sobre autonomía corporal y derechos sexuales. Otra perspectiva analítica es que estén expuestas a formas específicas de violencia sexual vinculadas a procesos diferenciados de exotización, en el marco de lo que Tijoux y Palominos [44] denominan “régimenes diferenciados de racialización”, donde las rutinas clínicas reproducen violencias distintas según el origen nacional.

Investigaciones recientes de Cabieses *et al.* [55] sobre racismo institucional en salud refuerzan esta interpretación, al documentar cómo las políticas sanitarias chilenas, aparentemente neutrales, producen efectos discriminatorios sistemáticos al ignorar necesidades específicas de poblaciones migrantes. Desde la perspectiva del racismo estructural, nuestros hallazgos pueden interpretarse como expresión de lo que Amster [56] identifica como legados coloniales en la atención médica actual, que deforman los sistemas de salud de maneras consistentes y estructurales.

Asimismo, esta lectura dialoga con lo planteado por Curiel y Falconí [57], entendiendo la colonialidad como una estructura social que sigue organizando nuestras vidas mediante lógicas de dominación basadas en la raza, el género y la clase, y que se refleja en las instituciones estatales, las políticas públicas y las prácticas cotidianas. En el ámbito de la atención ginecológica, esta estructura puede manifestarse en las prácticas del personal médico, quienes, al no considerar las experiencias y necesidades específicas de las mujeres migrantes, contribuyen a reproducir desigualdades históricas. De este modo, las dinámicas de racismo estructural se materializan en la atención médica, influyendo en la calidad y la equidad de la atención recibida, y perpetúan jerarquías étnico-raciales históricamente arraigadas que afectan a colectivos vulnerabilizados como el migrante.

Un hallazgo significativo es que el elevado nivel educativo pareciera no proteger a las mujeres migrantes latinoamericanas de experimentar mayores niveles de violencia ginecológica. Esto sugiere que la educación, habitualmente considerada un factor protector frente a la discriminación, no mitiga los efectos de la racialización en el contexto sanitario chileno. Este resultado refuer-

za la perspectiva interseccional, al evidenciar cómo el origen nacional puede prevalecer sobre el capital educativo en la configuración de experiencias de violencia institucional.

La orientación sexual, por su parte, emerge como un factor adicional en la configuración interseccional de experiencias de violencia ginecológica. El grupo de mujeres latinoamericanas, que en nuestro estudio reporta mayores niveles de violencia, presenta también mayor proporción de orientaciones no heterosexuales en comparación con chilenas y europeas/estadounidenses. Esta convergencia de vulnerabilidades sugiere la necesidad de analizar cómo las diversidades sexuales interactúan con procesos de racialización y migración, configurando potencialmente escenarios de discriminación múltiple en la atención ginecológica. En este sentido, la violencia ginecológica debiera ser comprendida considerando las múltiples formas de discriminación que operan simultáneamente sobre ciertos cuerpos, como se ha documentado respecto de la violencia obstétrica [58].

Los alcances del estudio pueden verse condicionados por ciertas limitaciones, como el carácter no representativo de la muestra que impide la generalización, y su tamaño muestral pequeño para percibir ciertos efectos. Para investigaciones futuras se sugiere ampliar la muestra, con la finalidad de alcanzar una mayor potencia estadística en el análisis de los datos.

Una limitación central del estudio es el uso de la categoría “mujeres de origen latinoamericano”, que puede ocultar diferencias significativas entre experiencias según países y contextos socioculturales. Aunque esta categorización permite identificar patrones generales de discriminación, no refleja la heterogeneidad de experiencias que varían según nacionalidad específica, tiempo de residencia, estatus migratorio y clase social. Se recomienda que futuras investigaciones realicen análisis más desagregados que consideren la interacción de estos diversos marcadores de diferencia y aborden la temática a través de metodologías cualitativas.

Paradójicamente, nuestros resultados muestran que las mujeres latinoamericanas reportan mayores niveles de violencia ginecológica a pesar de atenderse mayoritariamente en el sistema privado, contradiciendo las expectativas teóricas que asociarían el sistema público con mayores niveles de violencia institucional. Este hallazgo sugiere que los mecanismos de discriminación basados en el origen nacional trascienden la división público-privada del sistema sanitario chileno, operando de manera transversal en ambos sectores. Futuros estudios deben profundizar en las diferencias cualitativas de estas experiencias según el tipo de institución, y explorar cómo se manifiestan las prácticas discriminatorias en contextos sanitarios con distintos niveles de recursos y modelos de atención.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos son relevantes, pues permiten visibilizar la violencia al interior del sistema de salud chileno, dando cuenta de factores socioculturales que generan dinámicas interseccionales de violencia y discriminación. Resulta imperioso alcanzar transformaciones estructurales que detengan el fortalecimiento de representaciones de las mujeres construidas por el personal de salud, a partir del género y la nacionalidad, en función del modelo hegemónico y sus prácticas de dominación que, además de violentarlas, impactan en la imagen que construyen de sí mismas, en tanto que mujeres migrantes, en medio de una situación intercultural asimétrica ([26]; Abad, 1993, citado en [59]).

En el ámbito de la salud reproductiva, ciertos grupos enfrentan una vulneración estructural que merece especial atención, entre ellos la población migrante [34]. Los hallazgos de este estudio, que identifican a las mujeres latinoamericanas como el grupo más afectado por la violencia ginecológica en comparación con chilenas y mujeres de origen europeo o norteamericano, adquieren particular importancia en el contexto del creciente flujo migratorio intrarregional en América Latina y Chile. Este fenómeno no solo intensifica las desigualdades existentes, sino que también pone en evidencia cómo el origen étnico-racial y el color de piel se convierten en factores determinantes de discriminación y exclusión [60]. Estas dinámicas están profundamente arraigadas en mecanismos de selectividad migratoria, como lo plantean Stefoni *et al.* [17], quienes destacan que variables como clase social, fenotipo, nacionalidad u orientación política condicionan la hospitalidad en el país receptor, perpetuando jerarquías interétnicas que condicionan los procesos de integración y refuerzan posiciones de subordinación en ámbitos institucionales ([Abad, 1993, citado en [59]), como el sistema de salud.

Este estudio reveló patrones diferenciados de violencia ginecológica según el origen nacional. Las mujeres latinoamericanas sufren mayores niveles de violencia psicológica y física que las chilenas y europeas/estadounidenses, sin importar su nivel educativo o sistema de salud. Nuestros hallazgos muestran cómo el entrecruzamiento de las categorías “género”, “racialización” y “migración” crea experiencias desiguales en la atención sanitaria en Chile. La persistencia de estas disparidades señala la urgente necesidad de llevar a cabo cambios estructurales para asegurar una atención digna a todas las mujeres, abordando este problema como una cuestión fundamental de derechos humanos.

Frente a esta realidad, proponemos que se elaboren políticas que reconozcan las distintas formas de opresión que enfrentan las mujeres según su origen. Es necesario que el personal sanitario se forme en interculturalidad y derechos reproductivos, además de desarrollar protocolos sensibles a las vivencias particulares de las personas migrantes. En un contexto donde la movilidad humana

es parte constitutiva de nuestras sociedades latinoamericanas, debemos articular estas iniciativas con los marcos normativos existentes, garantizando que la atención ginecológica sea un espacio libre de violencia para todas, independientemente de su procedencia.

Agradecimientos

A la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) Chile, de la cual la autora María Rocío Menanteux Suazo es becaria (N° de folio 21222075).

Conflicto de interés

Los autores no tienen ningún conflicto de interés.

Declaración de fuente de financiación

Este estudio ha sido financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) a través del proyecto FONDECYT Regular 1210102, titulado: “Violencia y abuso en la atención de salud ginecológica en Chile: un estudio cualitativo sobre estrategias de afrontamiento/protección y las transformaciones en el sí mismo, el cuerpo y la sexualidad de personas asignadas al nacer como mujeres”.

Declaración de responsabilidad

Es responsabilidad de los autores. No existe responsabilidad de la institución de afiliación de los autores y de los financiadores.

Declaración de contribución por autores

María Rocío Menanteux Suazo: Conceptualización, metodología, análisis estadístico, visualización de resultados, discusión de resultados, redacción.

Manuel Cárdenas Castro: Conceptualización, producción de la información, metodología, administración del proyecto, supervisión, discusión de resultados, revisión y corrección de texto.

Referencias

1. Almonte G. Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. Rev Décsir. [internet]. 2016 [citado 2024 nov. 23]; (2):1-10. Disponible en: <http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>

2. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Guías clínicas para la atención ginecológica de adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol.* [internet]. 2018 [citado 2024 dic. 7]; 83(5):478-526. Disponible en: https://www.rechog.com/previos/RECHOG%20_%20Vol.%2083%20-%20Año%202018/rechog_18_83_número%205.pdf
3. Chile, Ministerio de Salud. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* 2018. [internet]. 2018 [citado 2025 jul. 2]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-..pdf
4. Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS). Santiago: Ministerio de Salud [internet]; 2020 [citado 2024 dic. 7]. Disponible en: <https://www.endogin.org/OT-CLIMATERIO2013Minsal.pdf>
5. Cárdenas-Castro M, Salinero-Rates S. The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile. *Sex Reprod Healthc.* 2023;37:100891. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891>
6. Cárdenas-Castro M, Salinero-Rates S. Loss of autonomy, legitimization of violence, transgression of intimacy, and fear of abuse: A thematic analysis of stories of gynecological violence and its consequences. *Feminism & Psychology.* 2024;34(3):1-21. DOI: <https://doi.org/10.1177/09593535241242551>
7. Cárdenas-Castro M, Salinero-Rates S, Silva-Segovia, J. A qualitative analysis of coping strategies among people assigned female birth who have experienced gynecological violence in Chile. *Violence Against Women.* 2024;10778012241283495. DOI: <https://doi.org/10.1177/10778012241283495>
8. Quattrocchi P. Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina. *Género & Derecho* [internet]. 2018 [citado 2024 dic. 7]; 7(1):20-46. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332637514_VIOLENCIA_OBSTETRICA_APORTES_DESDE_AMERICA_LATINA
9. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias [internet]; 2015 [citado 2025 jun. 20]. Disponible en: https://biblioteca.clasco.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf
10. Salinero Rates S. Violencia ginecológica y sus impactos en la percepción de sí mismas, cuerpo y sexualidad en personas asignadas mujer al nacer en Chile. *TS Cuad Trab Soc.* 2024;(27):1-19. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10866486>
11. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* 2016;24(47):47-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
12. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery.* 2016;35:53-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
13. Salinero Rates S. Posición obligatoria: experiencias de violencia en la consulta ginecológica en Chile. *Rev Interdisc Estudio Género El Col Mex.* 2024;10:e1076. DOI: <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v10i1.1076>
14. Colectiva Contra la Violencia Obstétrica y Ginecológica. *Primera encuesta nacional sobre violencia ginecológica y obstétrica en Chile 2019-2020. Síntesis de resultados.* Valparaíso [internet]. 2020 [citado 2025 feb. 8]. Disponible en: <https://asambleapermanente.cl/wp-content/uploads/2024/02/1ra.-encuesta-nacional-sobre-Violencia-Ginecologica-y-Obstetrica-en-Chile-2019-2020.pdf>
15. Salinero Rates S, Cárdenas Castro M. Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2021;3(81):226-38. DOI: <https://doi.org/10.51288/00810306>
16. Anderson J, Rodney P, Reimer-Kirkham S, et al. Inequities in health and healthcare viewed through the ethical lens of critical social justice: Contextual knowledge for the global priorities ahead. *ANS Adv Nurs.* 2009;32(4):282-94. DOI: <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181bd6955>
17. Stefoni C, Lube M, González H. La construcción política de la frontera. Entre los discursos nacionalistas y la “producción” de trabajadores precarios. *Polis Rev Latinoam* [internet]. 2018 [citado 2025 mar. 15]; 17(51):107-20. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682018000300137#:~:text=EI%20presente%20art%C3%ADculo%20discute%20las%20pol%C3%ADticas%20de,migrante%20destinada%20a%20%E2%80%9Csuplir%E2%80%9D%20mercados%20laborales%20precarizados
18. Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio Nacional de Migraciones. Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2023 [internet]. 2023 [citado 2024 nov. 17]. Disponible en: <https://www.inec.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/demografia-y-migracion>
19. Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio Nacional de Migraciones. Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras [internet]. 2024 [citado 2025 mar. 3]. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/estimaciones-de-extranjeros/>
20. Organización Internacional para las Migraciones. Género y migración. Portal de datos sobre migración [internet]. 2021 [citado 2024 dic. 5]. Disponible en: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/genero-y-migracion>
21. Corporación Miles. Sexto informe sobre derechos sexuales y reproductivos en Chile. Santiago: Miles Chile [internet]; 2024 [citado 2025 ene. 13]. Disponible en: <https://mileschile.cl/wp-content/uploads/2024/07/VI-Informe-1.pdf>
22. Bernaldes M, Cabieses B, et al. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2017;34(2):167-75. DOI: <https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2017.342.2510>
23. Liberona Concha N, Mansilla MA. Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colect.* 2017;13:507-20. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
24. Castillo C, Molina H. El sistema de salud chileno: análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. *Rev Estado y Políticas Públicas* [internet]. 2020 [citado 2025 ene. 5]; 8(14):53-67. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10469/16273>
25. Goyenechea M. Estado Subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuad Méd Soc.* [internet]. 2019 [citado 2025 ene. 13]; 59(2):7-12. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/175>
26. Zepeda Vega CV, González Campos MC. Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada. *Salud y Sociedad.* 2019;10(2):188-204. DOI: <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-012>
27. Cabieses B, Oyarte M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Rev. Saúde Pública.*

- [internet]. 2020 [citado 2025 feb. 1]; 54:20. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsp/2020.v54/20/es/>
28. García E. Partos arrebatados: la violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina. Madrid: Ménades; 2021.
 29. Averbach S, Ha D, Meadows A, et al. Failure to progress: Structural racism in women's healthcare. *eClinicalMedicine*. 2023;57:101861. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101861>
 30. Brüggemann A, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: A concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(1):123-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00918.x>
 31. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Violence Against Women*. 2002;359(9318):1681-5. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
 32. 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 [citado 2025 mar. 2]; 80(3):187-96. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322020000300187
 33. De Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunic, Saude, Educ*. [internet]. 2011 [citado 2025 mar. 7]; 15(36):79-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>
 34. Collins PH. Intersecciones letales: raza, género y violencia. Barcelona: Ediciones Paidós; 2025.
 35. Ortiz J, Adrián C, Fernández C, et al. Childbirth experiences of immigrant women in Chile: Trading human rights and autonomy for dignity and good care. *Midwifery*. 2021;101:103047. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103047>
 36. Freedman L, Kruk M. Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014;384(9948):42-44. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
 37. Scozia C, Leiva C, et al. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Rev Soc Equidad*. 2014;(6):6-33. DOI: <https://doi.org/10.5354/rse.v0i6.27213>
 38. IBM Corp. IBM SPSS Statistics para Windows, versión 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.; 2019.
 39. Faul F, Erdfelder E, et al. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. DOI: <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
 40. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-94. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
 41. Chile, Congreso Nacional. Ley sobre Protección de la Vida Privada, Ley 19628 [internet] (1999 ago. 28) [citado 2024 dic. 3]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>
 42. Schwarz P. La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Argumentos Rev Crit Soc*. [internet]. 2009 [citado 2024 dic. 3]; (11):110-35. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/35146633.pdf>
 43. Brown J, Pecheny M, et al. Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. *Rev Latinoam Estudio sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. [internet]. 2013 [citado 2024 dic. 10]; (12):37-49. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11336/28476>
 44. Tijoux ME, Palominos S. Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis (Santiago)*. 2015;14(42):247-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682015000300012>
 45. Liberona N. De la alterización [sic] a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Rev Cienc Soc (CI)* [internet]. 2012 [citado 2024 dic. 26]; (28):19-38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/708/70824554002.pdf>
 46. Avaria A. "El parto (no) es cuestión de mujeres". Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Rev Academia y Crítica* [internet]. 2018 [citado 2025 ene. 11]; (2):134-60. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/5498>
 47. Hopenhayn M, Bello A. Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [internet]. 2001 [citado 2025 jun. 25]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/5987>
 48. Cabello C, Palominos, S. Tácticas y estrategias de evasión del racismo cotidiano de trabajadores 'negros' en Santiago de Chile. *Chasqui*. [internet] 2018 [citado 2025 jun. 28]; (138):79-98. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/15773/1/REXTN-Ch138-06-Cabello.pdf>
 49. Galaz C, Cea P, Molina D, Castro D, Ortega MJ. Una mirada interseccional a las prácticas de salud en Aysén. Procesos de racialización en Chile. *Quaderns de Psicologia*. 2021;23(3):e1750. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1750>
 50. Avaria A. Racismo y etnización en la atención de salud reproductiva de mujeres migrantes en Chile. En: Tijoux ME, editora. *Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración*. Santiago: Editorial Universitaria; 2016. pp. 197-226.
 51. Tijoux ME, Ambiado C. Ser paciente haitiano/a en Chile y vivir el racismo en centros de la red pública de salud. *Interdisciplinaria*. 2023;40(1):363-77. DOI: <https://dx.doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.22>
 52. Reyes Y, Gambetta K, Reyes V, Muñoz P. Maternidades negras en Chile: interseccionalidad y salud en mujeres haitianas. *Rev nuestra América*. 2021;9(17):e5651360. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5651360>
 53. Castro R, Frías SM. Obstetric violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*. 2020;26(6-7):555-72. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
 54. Herrera G, Sørensen N. Presentación del dossier. Migraciones internacionales en América Latina: miradas críticas a la producción de un campo de conocimientos. *Íconos*. 2017;58:11-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.17141/iconos.58.2017.2695>
 55. Cabieses B, Bernal M, et al. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Santiago: Universidad del Desarrollo. [internet]. 2020 [citado 2025 jun. 25]. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/files/2016/03/Libro-Completo-2016.pdf>
 56. Amster EJ. The past, present and future of race and colonialism in medicine. *CMAJ*. 2022;194(20):E708-E10. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.212103>
 57. Curiel O, Falconí Trávez D. Feminismos decoloniales y transformación social. Barcelona: Icaria; 2021.
 58. Silva Segovia J, Castillo Ravanal E, et al. Experiences of gynecological violence among binary and nonbinary Chilean women. *J Sex Med Res*. [internet]. 2023 [citado 2025 mar. 5];

2(4):1-11. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/376644936_Experiences_of_Gynecological_Violence_among_Binary_and_NonBinary_Chilean_Women

59. Sibrian N. Ajustes emocionales de una gestante e inmigrante en Chile: estrategias para atenuar el sufrimiento. *Athenea Digital*. 2021;21(2):e-2836. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2836>
60. Rangel M. Protección social y migración: el desafío de la inclusión sin racismo ni xenofobia. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) [internet]. 2020 [citado 2025 jun. 25]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45244-proteccion-social-migracion-desafio-la-inclusion-sin-racismo-ni-xenofobia>