

Urrea Mora, Fanny Consuelo

Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud: diálogo bioética-género

Revista Colombiana de Bioética, vol. 9, noviembre, 2014, pp. 193-236

Universidad El Bosque

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189232734005>

Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud: diálogo bioética-género*

*Respect for the autonomy of pregnant women in health
attention: A bioethics-gender dialogue*

*Respeito à autonomia das mulheres grávidas em saúde:
diálogo bioética-gênero*

Fanny Consuelo Urrea Mora**

Resumen

A partir del diálogo bioética-género, se realizó una investigación cualitativa con el propósito de relacionar significados que del cuerpo y el ejercicio de la autonomía tenían mujeres embarazadas y profesionales de salud (odontólogos/as, médicos/as y enfermeras/os). Se formaron 9 grupos focales (GF) y se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas: 9 a mujeres gestantes (MG) y 10 a profesionales de la salud (PS), que las atendieron en los hospitales de Suba, Engativá y Usaquén, de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá¹ entre 2010 y 2012. El análisis, mediante una perspectiva en paralelo, mostró encuentros y desencuentros de dos mundos diferentes: el de las MG y el de los /las PS entorno al significado de la maternidad, el cuerpo, la boca y el ejercicio de la autonomía durante la atención en salud. Los hallazgos revelaron que el respeto a la autonomía de las MG durante la atención en salud, está mediado por los significados que del cuerpo y la autonomía femenina tienen tanto las mujeres como los PS que las atienden.

Palabras clave: Bioética, género, autonomía, mujeres gestantes, atención en salud, cuerpo.

* Este artículo de investigación es original, producto de la tesis para optar al título de doctora en Bioética de la Universidad El Bosque. Área de Educación, Línea Educación en bioética y bioética para la educación, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Directora Constanza Ovalle Gómez, Ph. D., profesora investigadora del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Documento entregado el 2 de octubre de 2013 y aprobado el 24 de octubre de 2014. La tesis doctoral completa puede ser consultada en la Universidad El Bosque.

** Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia, especialista en Estomatología, Universidad Javeriana; especialista en Bioética; especialista en Filosofía de la Ciencia, magíster en Bioética, Ph.D. en Bioética, Universidad El Bosque; profesora asistente Universidad El Bosque. Correo: fanny_urrea@yahoo.com.mx

¹ Como parte del macro proyecto: «El derecho a la atención en salud de las mujeres durante el embarazo: una aproximación desde la accesibilidad a los servicios de salud oral de gestantes atendidas por la Red Norte de la Secretaría Distrital de Salud». Proyecto Universidad El Bosque, Unidad de Investigación Básica Oral (UIBO), Unidad de Investigación en Caries Dental Única, Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva. Secretaría Distrital de Salud: Grupo de Investigaciones Secretaría Distrital de Salud. Hospital de Suba, ESE; Hospital de Usaquén, ESE; Hospital de Engativá, ESE; Hospital Simón Bolívar, ESE; Universidad de Chile, Colciencias, 2009. Financiado parcialmente por Colciencias referencia: Grant N.º 1308-493-26234.

Abstract

From the bioethics-gender dialogue, a qualitative research was performed; the purpose is to relate meanings that health professionals (dentists, doctors, nurses) and pregnant women had about the body and the exercise of the autonomy. Nine focus groups (GF) were established and 19 semi-structured interviews performed: 9 pregnant women (MG) and 10 health professionals (PS) that provided care at Suba, Engativá and Usaquén hospitals, as part of the Northern network of the Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, between 2010 and 2012. The analysis was performed through a parallel perspective and showed encounters and disagreements between two different worlds; the MG world and the PS world around the pregnancy, the body, the mouth and autonomy exercise significance during the health service. The findings revealed that the respect for the GP autonomy throughout the health care is mediated by the meanings of the body and female autonomy that both the women and the PS have while providing the service.

Key words: Bioethics, gender, autonomy, pregnant women, health care, body.

Resumo

Do diálogo bioético gênero, uma pesquisa qualitativa a fim de relacionar significados do corpo e o exercício da autonomia em relação com os profissionais de saúde (dentistas / as, médicos / as e enfermeiros / os) e das mulheres grávidas foi realizado. Foram realizadas nove grupos focais (FG) e 19 entrevistas semiestruturadas: 9 a mulheres grávidas (MG) e 10 profissionais de saúde (PS), que foram tratados em hospitais de Suba, Engativá e Usaquén, a Rede Norte o Departamento Distrital de Saúde de Bogotá entre 2010 e 2012. A análise, utilizando uma perspectiva paralela e desacordos mostrou dois mundos diferentes: o do MG e PS em torno do significado da maternidade, corpo, boca e o exercício da autonomia nos cuidados de saúde. Os resultados revelaram que o respeito pela autonomia da MG para a saúde é mediada pelos significados do corpo e da autonomia das mulheres são tanto as mulheres que se preocupam PS.

Palavras-chave: Bioética, do sexo, da autonomia, as mulheres grávidas, os cuidados de saúde, do corpo.

Introducción

Este artículo es una síntesis de la tesis doctoral cuyo objetivo fue relacionar los significados que del cuerpo y la autonomía tenían tanto un grupo de mujeres embarazadas (MG), como los/las profesionales de la salud PS (enfermeras/os, médicos/as y odontólogos/as) que las atendieron en los hospitales de Suba, Engativá y Usaquén de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá, entre 2010 y 2012 en hospitales de I, II y III nivel de atención.

La pregunta de investigación fue: ¿cómo la autonomía de las mujeres en gestación está mediada por los significados que del cuerpo de las mujeres gestantes tienen tanto los/las

profesionales de salud como ellas mismas, durante la atención en salud en los hospitales de Suba, Engativá y Usaquén de la Red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá?

Así mismo, se tuvieron en cuenta dos tesis en la línea de pensamiento contemporáneo, inscritas en los feminismos:

Primera tesis: El cuerpo de las mujeres es un estereotipo «construido» socialmente, centrado en la maternidad. Esta tesis surge de los aportes sustanciales de Roa² que considera a la mujer como producto de un imaginario social exclusivamente para la reproducción. Pero, además,

² ROA, Mónica. Citada por COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sala plena. Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006. MM. PP. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas.

esta concepción está basada en propuestas de autores como Mill³ que desde 1869 pone en discusión el concepto de la «naturaleza femenina», al afirmar que este era el resultado del contexto histórico, cultural y social, y finalmente De Beauvoir en relación con la subordinación de la población femenina como construcción cultural con los estereotipos masculino y femenino de la mujer que no nace, sino que se hace porque «...ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en conjunto es quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino»⁴.

Segunda tesis: Durante la gestación, en la práctica clínica en general, se establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres. Aquí, el proceso de la maternidad se enmarca en las dinámicas de poder, ligado a las estadísticas y a los indicadores de morbilidad materna.

Esta segunda tesis, derivada de la primera, está soportada en cuatro autores: Foucault⁵ para quien en las sociedades modernas el poder tiene un claro objetivo: el cuerpo y, además, el conocimiento, están ligados con el poder y este se evidencia en las prácticas sociales como la medicina y la implantación de nuevas tecnologías, entre otras; Purdy⁶ para quien el control sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas se establece cuando las presionan para que ac-

túen por el bienestar de los fetos, porque para la sociedad estos son más importantes que la mujer gestante; asimismo, sostiene que el embarazo no se parece a ninguna otra relación humana, ya que a esta se le conceden implicaciones morales; Boetzkes⁷ para quien el embarazo no es simplemente un proceso biológico: es siempre un proceso activo de moldear para sí misma con una perspectiva moral y corporal; por lo tanto, el embarazo es una oportunidad contundente para la autodeterminación de las mujeres, que conlleva aspectos personales y sociales e implica censura y aprobación por parte de la sociedad; y finalmente Roa. Roa afirma que cuando otros deciden por ellas es: «arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla»⁸.

El planteamiento de la pregunta de investigación surgió del trabajo previo con 83 mujeres gestantes (MG) que asistieron a la consulta odontológica como parte de la atención prenatal entre 2003 y 2005 en el Centro Asistencial Ricaurte San José⁹. El proyecto se ejecutó en los Hospitales de Suba, Engativá y Usaquén de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá y duró 36 meses. Con respecto a los desarrollos globales, regionales y locales del problema para investigar, se encontró que la salud de las MG es una preocupación mundial, como lo revela el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰, según el cual

³ MILL, Jhon Stuart y TAYLOR, Harriet. *Ensayos sobre la igualdad sexual*. Madrid: Machado Libros, 2000, p. 145.

⁴ DE BEAUVIOR, Simone. *El segundo sexo: La experiencia vivida*. México: Siglo Veinte, 1994, p. 15.

⁵ FOUCAULT, M. Citado por VIVEROS, Mara. «Orden corporal y esterilización masculina». En VIVEROS, Mara y GARAY, Gloria. *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Santa Fe de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios sociales, CES. 1999. p. 165.

⁶ PURDY, Laura. *Reproducing persons issues in feminist bioethics*. New York: Library of Congress. 1996, p. 247.

⁷ BOETZKES. Elizabeth. *Equality, autonomy and feminist Bioethics*. En PURDY, Laura. *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Rowman and Littlefield Publisher, 1999, pp. 121-139.

⁸ ROA, Mónica. Citada por JARAMILLO, Isabel Cristina y ALFONSO, Tatiana. *Mujeres, cortes y medios: Reforma judicial del aborto*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2008, p. 65.

⁹ Sitio de rotación de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2005*. [En línea]. Fecha de consulta 14 de septiembre de 2006. Disponible en <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>

durante el 2005 hubo 1500 muertes maternas diarias, la mayoría en países en desarrollo. Según ese mismo organismo (OMS), la principal causa de complicación relacionada con el embarazo o el parto, en el 2008, fue la falta de acceso de las embarazadas a una atención de calidad antes, durante y después del parto. Por su parte, el Banco Mundial¹¹ sostiene que la salud materna como Objetivo del Milenio es el de menor avance, hecho que se evidencia en las 500.000 muertes anuales de mujeres, por complicaciones durante el embarazo y el parto.

La OMS¹², en el año 2012, registró 21.300 muertes maternas menos anualmente, pero siguen muriendo diariamente en el mundo 800 mujeres por las mismas razones de falta de acceso a los servicios. Para el 2010 la razón de mortalidad materna mundial (número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) había disminuido a un 3.1 % anual. No obstante, esta cifra se encuentra lejos de la propuesta de 5,5 % necesaria para lograr la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

De acuerdo con el Banco Mundial¹³, en 2005 América Latina y el Caribe presentaron una razón de mortalidad materna de 130 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, después de África Subsahariana, Asia Meridional y Norte de África. La Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁴ mostró una reducción en

¹¹ BANCO MUNDIAL. *Informe anual 2009*. [En línea]. Fecha de consulta 2 de octubre de 2010. Disponible en www.worldbank.org.

¹² OMS. *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. [En línea]. [Fecha de consulta 13 de marzo de 2013]. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/

¹³ BANCO MUNDIAL. *Informe sobre mortalidad materna en 2005*. [En línea]. [Fecha de consulta 13 de mayo de 2012]. Disponible en <http://www.worldbank.org>.

¹⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) [En línea]. [Fecha de consulta 14 de agosto de 2012]. Disponible en <http://www.paho.org/hq/>

las tasas de mortalidad materna en la región de las Américas para septiembre de 2011. Sin embargo, de las 9500 muertes registradas en el 2010, 95 % eran prevenibles. Pero, además, 748.000 embarazadas no recibieron atención médica prenatal en una institución de salud.

En cuanto a Bogotá, según la Secretaría¹⁵ en el 2010 se presentó una disminución en el número de muertes maternas y una razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos de 39,1. Aun así, ese año murieron 43 mujeres, debido no solo a la inequidad en salud, sino también a la inequidad social. Según López¹⁶ esta situación desde la salud colectiva plantea la relación con problemas de justicia social, de tal forma que permite entender la articulación salud-enfermedad con los procesos sociales.

De acuerdo con Ebersole¹⁷, algunos riesgos de complicación durante la gestación son enfermedades de transmisión sexual, patologías infecciosas relacionadas con el sistema genitourinario e infecciones asociadas a enfermedad periodontal. Según Barak¹⁸, estos riesgos también se relacionan con la preclampsia, y para López¹⁹ con el bajo peso al nacer. Para

¹⁵ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. 2010. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales.

¹⁶ LÓPEZ, Oliva. *et al.* «Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinomericano de Determinantes Sociales de la salud ALAMES». En *Medicina Social*. 2008. Vol. 3. N.º 4. p. 324.

¹⁷ EBERSOLE, JL. *et al.* «Potencial pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications». En *Clin Exp Immunol*. 2010. N.º 162. pp. 550-9.

¹⁸ BARAK, S., *et al.* «Evidence of periopathogenic microorganisms in placentas of women with preecclampsia». En *Journal Periodontol*. 2007. Vol. 74. N.º 4. pp. 670-6.

¹⁹ LÓPEZ, Néstor *et al.* «Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis». En *Journal Periodontol*, 2005. Vol. 76 N.º 11. pp. 2144-53.

Michalowicz²⁰ también se relacionan con el parto pretérmino.

La preocupación sobre esta problemática condujo a fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud sexual y reproductiva de la población femenina durante la gestación, para disminuir los índices de morbimortalidad materna. De acuerdo con Acharya²¹ y Offenbacher²², el acceso oportuno y la atención de calidad a los servicios de salud ayudan a prevenir los riesgos y complicaciones antes mencionados. En este aspecto es pertinente tener en cuenta los argumentos de Fraser²³ sobre el pensar de nuevo la esfera pública desde una postura crítica. Para ella lo público es legítimo en la medida en que los individuos participen como pares, independientemente de la ciudadanía política, pero, adicionalmente, la opinión pública es eficaz cuando se moviliza como fuerza política que garantice la voluntad de la sociedad civil.

En este contexto la bioética desde sus inicios ha promovido ver a los pacientes como sujetos de derechos y, entre estos, relieva el respeto a su autonomía. Sin embargo, la mirada de la bioética es sobre un sujeto único, es decir, no hace distinción de género, por lo tanto ella no plantea diferencias en el respeto a la autonomía entre hombres y en mujeres. El género, por su parte, como concepto y vivencia, crea un espacio de contradicción que problematiza el

ejercicio de la autonomía de las mujeres en el ámbito de la salud.

Desarrollar este problema en una tesis doctoral permitió, en primer lugar, dar nuevas respuestas a la manera de afrontar la morbimortalidad materna, más allá del problema en términos meramente epidemiológicos. En segundo lugar, fue un reto identificar y reconocer cómo las MG viven su autonomía cuando eligen asistir o no a la atención en salud, no por su condición de procreadora, sino por ser mujer, mujer sujeta de derechos. En tercer lugar, visibilizar aún más la importancia de la salud oral como elemento de relevancia significativa en el logro de una maternidad segura, a tal punto que la boca se convirtió en una excusa para hablar de los derechos de las mujeres, no solo en la etapa de la gestación, sino a lo largo de la vida de estas, toda vez que la boca, en lenguaje de Butler²⁴, es la parte del cuerpo que con el lenguaje y la comunicación se constituye y reclama el ser sujeta. De tal forma que fue posible avanzar de una mirada de la mujer centrada en la maternidad a una mujer integral, no fragmentada.

Objetivo general: comprender los significados que las MG y los/las PS tienen respecto del cuerpo de las gestantes y su relación con el ejercicio de la autonomía en el espacio de la atención en salud de los hospitales de Suba, Usaquén y Engativá, de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Objetivos específicos:

1. Determinar los significados que las MG tienen sobre su cuerpo y la relación de este con el ejercicio de la autonomía en el espacio de la atención en salud de los hospitales de Suba, Usaquén y Engativá,

²⁰ MICHALOWICZ, Bryan S. *et al.* «Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth». En *The New England Journal of Medicine*, 2006. pp. 1885-94.

²¹ ACHARYA, S. *et al.* «Oral-health-related quality of life during pregnancy». En *Journal Public Health Dent*, 2009. Vol. 69. N.º 2. pp. 74-77.

²² OFFENBACHER, Steven *et. al.* «Oral Therapy to reduce Obstetric Risk investigators. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial». En *Obstetric & Gynecology*, 2009. Vol. 14. N.º 3. pp. 551-559.

²³ FRASER, Nancy. *Escalas de justicia*. Madrid: Herder, 2008, pp. 178-184.

²⁴ BUTLER, Judith. *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis, 2009, p. 21.

de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

2. Determinar los significados que los/las PS tienen sobre el cuerpo y la relación con el ejercicio de la autonomía de las gestantes en el espacio de la atención en salud de los hospitales de Suba, Usaquén y Engativá, de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
3. Comprender cómo los/las PS llevan a la práctica la relación entre el ejercicio y respeto de la autonomía y los significados sobre el cuerpo de las mujeres en gestación en el espacio de la atención en salud de los hospitales de Suba, Usaquén y Engativá, de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

El análisis y debate se generan desde el diálogo bioética-género, dado el trabajo paralelo de los dos conocimientos sobre el cuerpo y la autonomía con una visión contemporánea. Cabe resaltar que a lo largo de todo el trabajo, la intelectual feminista estadounidense Nancy Fraser²⁵ estuvo presente para enfatizar la elaboración teórica y contrastar hallazgos de la investigación, dada la afinidad de sus planteamientos con la perspectiva de la bioética en esta investigación, así como con el punto de vista de la investigadora.

²⁵ Fraser es profesora de ciencias políticas y sociales en la New School for Social Research de la New School University de New York, que ha replanteado la justicia bajo una perspectiva de género; también ha enriquecido la tradición democrática liberal sustentándose en la teoría feminista, la teoría crítica y el posestructuralismo, para cuestionar los límites de lo privado y lo público. Cabe anotar que la teoría crítica enuncia que el conocimiento no es una simple reproducción conceptual de los datos objetivos de la realidad, sino una auténtica formación y constitución de la misma, incluye a filósofos adscritos a la Escuela de Frankfurt, entre otros, Theodor Adorno, Herbert Marcuse, Jürgen Habermas, Hermann Schweppenhäuser, Erich Fromm y Axel Honneth)

La bioética en la presente investigación se contempla como un campo reflexivo, pluralista, interdisciplinar y secular que intenta indagar sobre las prácticas en salud y sus repercusiones en el respeto a la autonomía en las MG en los hospitales públicos de Suba, Usaquén y Engativá, de la red Norte de la Secretaría de Salud de Bogotá, desde el punto de vista de las mujeres. La perspectiva de las voces de mujeres en el mundo, abre un nuevo camino para recorrer en la bioética.

Según Escobar²⁶, existen diferentes tendencias de la bioética a nivel mundial. En Norteamérica se reivindica el derecho a la autonomía de los pacientes. La europea continental está marcada por las virtudes y lo jurídico. En tanto, en países Latinoamericanos como Colombia, existe una marcada concepción religiosa que es una impronta a la hora de tomar decisiones sobre la vida y la naturaleza humana.

Para Gracia²⁷, la ética anglosajona se centra en la autonomía y tiene que ver con derechos y deberes. Mientras la de tradición Latina se relaciona con la ética del mandato y la obediencia, con normas externas, sin poder vinculante al ser humano.

De acuerdo con Escobar²⁸, la bioética latinoamericana ha tenido una gran influencia de los otros continentes y ha extrapolado sus experiencias, especialmente en la resolución de dilemas del ámbito clínico-médico, basadas en el principialismo, la casuística y el decisionismo, como la muerte digna y la preocupación por los avances biotecnológicos. Sin embargo,

²⁶ ESCOBAR, Jaime. «Panorama de la bioética en Colombia». En Problemas de ética aplicada». Colección Bios y Ethos N.^o 4. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 1997. pp. 25-42.

²⁷ GRACIA, Diego. *Pasado, presente y futuro de la ética*. En Memorias 2.^o Congreso de bioética de América Latina y del Caribe, Cenalbe. Bogotá: Tercer Mundo, 1999. pp. 49-59.

²⁸ ESCOBAR. *Op. cit.*, p. 34.

durante los últimos años la región ha tenido un amplio y rápido despliegue con importantes aportes a nivel local y global. Hoy en día se plantea incluir las realidades y contextos del sur del continente con propuestas como la de Pessini²⁹, sobre una bioética de intervención con agenda social de los países en desarrollo. De igual manera, Luna³⁰ propone reorientar los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía, y Kottow³¹ propone una bioética de protección que busca resguardar a los marginados y excluidos. Finalmente, para Ovalle³² es fundamental en Latinoamérica la pedagogía crítica para la educación en bioética.

En el desarrollo de la bioética, en tiempos recientes ha surgido la «bioética feminista» como una herramienta analítica y política. En América Latina, de acuerdo con Diniz³³, las perspectivas feministas de la bioética han dado continuidad al diálogo político de los movimientos de mujeres que ponen sobre la mesa para debate público la autonomía reproductiva.

En este trabajo el género hace referencia a las construcciones culturales de lo femenino y masculino, es decir, que se extiende de lo puramente biológico, a procesos históricos que evi-

dencian, según Wills³⁴, el poder asimétrico en las relaciones entre los hombres y las mujeres. Para el género, las mujeres no pueden ser vistas como un estereotipo centrado en la maternidad, por el contrario, se plantea la existencia de distintas identidades en construcción permanente y en relación con otras identidades. De tal manera que «...el feminismo fue, y sigue siendo, la más importante revolución social de la modernidad. Una revolución social es siempre una revolución cultural»³⁵.

Con la identificación del patriarcalismo como una ideología, surge el feminismo como una propuesta, mientras que el género ha propiciado la deconstrucción y la construcción, porque lo que hace es poner en relación al mismo nivel a los hombres y a las mujeres, de tal forma que de ahí surge el concepto de «deconstruir» y volver a construir mediante acciones afirmativas. El pensamiento feminista es un campo muy amplio, en el cual hay diversidad más que unidad, y en ese sentido, no se puede hablar, según Wills³⁶, de que todas las mujeres comparten necesidades, sueños y valores iguales, ni tampoco intereses comunes. La razón es que no hay una mujer como estereotipo, con carácter universal, con intereses centrados en su biología y en su capacidad de tener hijos. Lo que existe, más bien, son distintas identidades que se construyen permanentemente en relación con otras identidades y en contextos específicos.

²⁹ PESSINI, Leo et al. «Una radiografía de la bioética en Brasil». En *Perspectiva de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007, p. 106.

³⁰ LUNA, Javier. «La bioética en Bolivia: antecedentes y proyecciones». En *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007, pp. 77-91.

³¹ KOTTOW, Miguel. «Bioética en Chile». En *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007, pp. 11-120.

³² OVALLE, Constanza. «Pensar la pedagogía crítica para la educación en bioética: asunto crucial en sociedades Latinoamericanas contemporáneas». En *Propuestas y reflexiones para fundamentar la educación en bioética*. Colección Bios y Ethos N.º 28 Universidad El Bosque, Departamento de Bioética. Bogotá: Kimpres, 2011, pp. 17-39.

³³ DINIZ, Debora et al. «La bioética y las mujeres en América Latina: un ensayo biográfico y genealógico». En *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007, pp. 233-245.

³⁴ WILLS OBREGÓN, María Emma. «Colombia siglo XXI Feminismos ¿Movimientos anacrónicos?». En Autores varios. *Colombia cambio de siglo. Balance y Perspectivas. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales-IEPRI*. Bogotá: Planeta, 2000, p. 242.

³⁵ HELLER, Agnes. Citada por SÁNCHEZ, O. «El movimiento social de mujeres. La construcción de nuevos sujetos sociales». En Autores varios. *Las mujeres en la historia de Colombia Mujeres, historia y política*. Tomo I. Santafé de Bogotá: Norma, 1995, p. 390.

³⁶ WILLS, María Emma. «Mujeres y política (1970-2000): los caminos insospechados hacia una gradual apertura». En Autores varios. *Degradación o cambio. Evolución del sistema político Colombiano*, Bogotá: Norma, 2002, p. 264.

Las tres tendencias de los feminismos, según Wills³⁷, aclaran los conceptos antes anotados: feminismo liberal, democrático radical y marxismo-feminismo. El feminismo liberal centra su lucha en el derecho. En el plano cultural, la corriente feminista democrática radical se ubica entre el feminismo liberal y el marxismo, para replantear imaginarios en torno al patriarcalismo. Finalmente, el marxismo feminista plantea que las revoluciones orientadas gestan individuos con ideas emancipadoras.

Según Wills³⁸, de las tres movilizaciones, la feminista democrática radical (FDR) toma elementos de la teoría posestructuralista³⁹ y aporta desde el feminismo elementos de análisis innovadores y transformadores a las concepciones de la democracia clásica. Se interroga sobre las ideas liberales y sobre las delimitaciones de lo público y lo privado.

Estas consideraciones llevan a pensar a la investigadora, que los feminismos no son movimientos anacrónicos, porque mientras persista el «sesgo estructural» planteado por Wills⁴⁰, que sutilmente discrimina a las mujeres, lo que es evidente en el mayor desempleo femenino (23,2 %); las diferencias salariales entre hombres y mujeres (39 a 44 % desfavorable para las mujeres); la violencia intrafamiliar contra las mujeres (81 %) y el abandono de la escuela por parte de las jóvenes (18 %) para cumplir el rol de madre. Estos hechos muestran que existen

³⁷ _____, «Feminismo y democracia: más allá de las viejas fronteras». En Autores varios. *Análisis político*. Bogotá. N.º 37. 1999, pp. 18-20.

³⁸ *Ibid.*, p. 19.

³⁹ Teoría posestructuralista: Según el artículo de María Emma Wills: «Feminismos y democracia: más allá de las viejas fronteras» (1999), esta nueva tendencia interpretativa argumenta que la política no es un reflejo de la esfera social, sino que es parte de ella, la constituye. Por lo tanto, lo social no se da primero y luego se gesta lo político.

⁴⁰ WILLS. Colombia siglo XXI. Feminismos: ¿Movimientos anacrónicos? *Op. cit.*, p. 248.

razones suficientes para que los movimientos feministas con toda la filosofía política acumulada, continúen luchando. Pero, además, que el género al lado de la bioética y la salud colectiva, se conviertan en posibilidades para analizar y profundizar las situaciones de desigualdad (fenómeno socioeconómico) de que es objeto la población femenina, pero también de construir nuevas propuestas para superar las situaciones de exclusión (fenómeno sociocultural) de las mujeres a la luz de los Derechos Humanos.

1. METODOLOGÍA

La presente investigación cualitativa se enmarcó en el paradigma comprensivo interpretativo para entender la relación entre los significados del cuerpo de las gestantes y el respeto a la autonomía de ellas durante la atención en salud (odontológica, de enfermería y médica). La metodología es la feminista (MF) de Labrecque⁴¹, cuyo objetivo es que las mujeres sean visibles para ellas mismas como mujeres sujetas de derechos, así como para la población a la que pertenecen. Los instrumentos metodológicos fueron los siguientes:

- Primero: Nueve grupos focales (GF) dirigidos a las mujeres gestantes (MG) asistentes al programa de atención integral de la mujer gestante en los hospitales de Suba, Engativá y Usaquén. En los GF en entrevistas grupales se debatieron los temas de la maternidad, los significados del cuerpo y sus cambios durante la gestación, al igual que las vivencias del respeto a la autonomía durante la atención en salud.
- Segundo: Entrevistas semiestructuradas a nueve MG, tres por cada hospital, y diez

⁴¹ LABRECQUE, Marie. *Metodología feminista e historias de vida: mujeres, investigación y Estado*. En *Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales*. Santa Fe de Bogotá: Anthropos, 1989, pp. 27-53.

profesionales de la salud (PS): Tres odontólogos/as, cuatro enfermeras/os y tres médicos/as, quienes realizaron la atención de las mujeres en gestación, teniendo en cuenta el punto de saturación de la información. Las entrevistas se hicieron bajo las categorías siguientes: cuerpos de las MG, autonomía y atención en salud. Fueron grabadas después de informar a cada uno de los/las entrevistadas sobre el propósito de la grabación.

- Tercero: Etnografía retrospectiva reflexiva (ERR) que para Guber⁴² tiene como objetivo comprender los fenómenos sociales desde los actores mismos. Aquí, la reflexividad es el equivalente a la conciencia del investigador sobre él mismo en aspectos como el género, la edad, la clase social, su condición política, etc. A esto se suma que la ERR permite que el investigador/a se reconozca como «un sujeto más de investigación que interactúa, tiene un posicionamiento específico frente a la observación y sus experiencias previas frente a un fenómeno determinado»⁴³.
- Cuarta: el diario de campo que fue una valiosa ayuda personal para el registro de los datos recolectados.

En cuanto a las consideraciones éticas para este proyecto de investigación, se tuvieron en cuenta, entre otras, la Declaración de Helsinki, octubre de 2008, de la Asociación Médica Mundial, que contempla los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos;

la Resolución 8430 del 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y de acuerdo con la cual se clasificó esta investigación sin riesgo.

El total de la población estudiada en la presente investigación fue de 82 personas⁴⁴: 72 MG y 10 PS de los tres niveles de atención en salud. Los GF y las entrevistas individuales, fueron grabados en audio y transcritos; posteriormente, se llevó a cabo una lectura con observación estructurada a partir de las categorías fundamentales.

De las 72 mujeres que participaron en la presente investigación, la mayoría son bogotanas, pero también se encontraron mujeres de los departamentos de Cundinamarca, Tolima, Meta, Córdoba, Casanare, Antioquia y Bolívar. Las localidades de residencia de las participantes eran Suba, Engativá y Usaquén. Las MG tenían diferentes edades, principalmente entre 21 y 30 años. La mayoría de ellas tenía como nivel de escolaridad el bachillerato completo y 63 de las 72 mujeres, vivían en núcleo básico (conformado por mamá, papá e hijos); 6 vivían en núcleo extendido (puede incluir abuelos, suegros, primos, etc.); 2 en neo familia y 1 vivía sola. En cuanto al trimestre de gestación de las 72 MG, 34 participantes se encontraban en el tercer trimestre, 31 en el segundo trimestre y 7 en el primer trimestre. 62 gestantes habían asistido a la consulta odontológica cuando participaron en la investigación, mientras 10 de ellas no lo había hecho.

Los criterios para el análisis de la información tuvieron en cuenta las categorías planteadas en el proyecto de investigación: Bioética, autonomía, género, cuerpo de las MG y atención en

⁴² GUBER, Rosana. *La etnografía. Método, campo y reflexibilidad*. Bogotá: Norma, 2001, p. 48.

⁴³ PINILLA, María Yaneth. «Mujeres viviendo con VIH.: Más allá de una historia». Tesis conducente a la obtención del título de magíster en Estudios de género y desarrollo. Director: César Ernesto Abadía Barrero. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas. Escuela Estudios de Género, 2009, p. 21.

⁴⁴ Para preservar la confidencialidad de los/las participantes en la presente investigación, se diseñó un código con dos letras, por lo tanto, no aparece ningún nombre.

salud. Adicionalmente, se incluyó como categoría emergente la maternidad. Los nueve GF contaron con el apoyo de dos profesionales de las ciencias sociales para hacer interlocución y triangulación de información. Al finalizar, cada GF se retroalimentaba y ajustaba, y se logró así el punto de saturación de la información. Después de la transcripción, se utilizó la herramienta manual que inicia con lectura cuidadosa y posterior triangulación (dos profesionales de las ciencias sociales y la investigadora) y análisis permanente de toda la información recolectada (GF, entrevistas individuales y diario de campo). Posteriormente, se realizó la identificación y selección de las apreciaciones más significativas de los GF y las entrevistas individuales. El ejercicio manual permitió llegar al objetivo propuesto; por lo tanto, no se recurrió a ningún software.

2. RESULTADOS

Aporte significativo de la presente investigación fue la forma como se interpretaron las categorías que de acuerdo con las vivencias, discursos y contradiscursos, tanto de las MG como de los/las PS, en algunos casos se contemplan como situaciones opuestas o divergencias (desencuentros) y en otros casos situaciones comunes o coincidencias (encuentros) en torno a la maternidad, al cuerpo, la boca, la autonomía y la atención en salud de las gestantes.

Los temas investigados fueron en su orden: La maternidad: una puerta de entrada; los cuerpos de las MG: sus cambios y significados; ¿dónde está la boca?; el respeto a la autonomía de las gestantes durante la atención en salud. En cada tema se incluyó una introducción seguida de la visión en paralelo que toma fragmentos seleccionados durante el trabajo manual de entrevistas realizadas a MG y PS y finaliza con discusión.

La visión en paralelo es una lectura doble que mostró los encuentros y desencuentros; en algunos casos se remite solamente a lo que dicen las gestantes porque el objetivo es visibilizar a las mujeres. Adicionalmente, la perspectiva en paralelo es una forma de llamar la atención de quien lee, para que aprecie que las gestantes y los/las PS están parados en dos mundos diferentes, hablando de un mismo evento (la maternidad, los cambios del cuerpo, el significado y ejercicio de la autonomía) porque las embarazadas hablan desde sus vivencias y los/las PS lo hacen desde su proceso educativo, que contribuye a construir el estereotipo de mujer embarazada. Lo anterior dio como resultado encuentros de poder basados en relaciones asimétricas, donde no hay posibilidad de diálogo.

2.1 LA MATERNIDAD: UNA PUERTA DE ENTRADA

La maternidad fue la puerta de entrada para comprender los significados que las mujeres embarazadas y los/las PS tienen respecto al cuerpo de ellas y su relación con el ejercicio y respeto a la autonomía en el espacio de la atención en salud. En la investigación la maternidad emergió con fuerza como una categoría amplia que desborda el concepto de gestación y articula las otras categorías. Se considera, entonces, la maternidad como el sustrato general que incide de manera particular en el cuerpo, la boca y las relaciones. Sobre la maternidad han montado imaginarios las mujeres, las familias y los/las PS. Pero es específicamente el discurso biomédico que ha creado un imaginario sobre la maternidad y, a su vez, la maternidad construye un cuerpo-útero, un cuerpo «desubjetivizado».

El discurso biomédico se ajusta al discurso de la verdad revelada del positivismo, que «naturaliza» la maternidad encarnada en el cuerpo femenino. Ese cuerpo femenino que por mo-

mentos rechaza los discursos de la maternidad, porque no se siente conforme con la connotación de «naturalización» impuesta desde fuera de ellas. Reclamos que, generalmente, son ignorados o en otros casos tienen un falso reconocimiento. Ante estos hechos la bioética y el género llaman la atención en la necesidad de que los/las PS reconozcan a las mujeres como «sujetas» de derechos. Reconocimiento que en la práctica implica profundos cambios en lo social. Porque «...el no reconocimiento o el reconocimiento equivocado... puede ser una forma de opresión»⁴⁵.

Históricamente cabe resaltar que el significado de la maternidad se transforma en razón de elementos culturales y sociales. En la antigüedad, la palabra no aparece ni en latín, ni en griego. El término *maternitas* lo utilizan los clérigos en el siglo XII para describir la protección de la Iglesia a sus fieles y pobres de la época. Luego, en 1597, se introdujo la palabra *motherhood* para hablar sobre las labores de crianza de las madres.

Los escritos de Rousseau, entre los siglos XVII y XVIII, convirtieron la maternidad en el centro de la vida de las mujeres, apoyando las teorías biológicas que planteaban la maternidad como instintiva. Con posterioridad a la Revolución Francesa y hasta mediados del siglo XX, la maternidad ubicó a la mujer-madre en el hogar, donde supuestamente encontraba su completa realización. Pero no solo las ubicó en el hogar, sino que les dio un lugar especial en el espacio de la salud, donde los médicos reafirmaron lo planteado por Rousseau. Adicionalmente, la tradición judeo-cristiana propició al padre y marido ejercer control sobre la población femenina, basada en la supuesta inferioridad moral de ellas.

De acuerdo con Elixabete⁴⁶, todo lo anterior lleva a la «maternalización» de las mujeres (significa que las mujeres son definidas fundamentalmente como madres) desde la época de la Revolución Francesa. Igualmente, se delimitan los espacios de lo femenino y lo masculino. Con esa delimitación se les asignó a las mujeres la responsabilidad de la crianza de los hijos, y se restringió su ámbito de acción en la sociedad y se anularon otras posibilidades para ellas.

Desde el conocimiento y, específicamente en el área de la salud, los médicos, psicólogos y enfermeras reforzaron la «maternalización» de las mujeres y el rol de ellas en la crianza de los hijos. En la medida en que consideraron como natural en las mujeres el cuidado de los otros por sus supuestas características físicas y psíquicas.

En Colombia la maternidad sigue estando en el centro de la vida de la mayoría de la población femenina, situación que evidencia Roa⁴⁷, al considerar que la mujer en Colombia ha sido configurada por el imaginario social como un ser determinado exclusivamente a la reproducción, hecho planteado en la primera tesis. En la lectura doble sobre la maternidad y el embarazo, se revelaron encuentros entre ellas en lo relacionado con sus planes presentes y futuros, con el compañero y la familia, con sus amigos/as. Luego, desencuentros entre las MG y los /las PS, en último lugar, desencuentros entre los /las PS.

⁴⁵ TAYLOR, Charles. Citado por FRÁSER, N. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición «postsocialista»*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores – Universidad de los Andes, 1997, p. 22.

⁴⁶ IMAZ, Elixabete. *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Cátedra, 2010, p. 24.

⁴⁷ ROA, Mónica. Citada por COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Op. cit.*

Cuadro 1. Encuentros entre las gestantes sobre lo complejo que es para ellas la gestación y la maternidad, lo que involucra todos los aspectos de su vida (entre ellas)

Mujeres gestantes	Mujeres gestantes
«Feliz, feliz. Hasta cierta medida igual me lo esperaba...». DL. 26 años, primer trimestre de gestación.	«Yo lloré, pero no sé si fue de alegría o fue de tristeza...». JN. 21 años.
«A pesar de que ya tenía 29 años, a mí me dio muy duro cuando quedé embarazada». LM. 29 años, segundo trimestre de gestación.	«... no me hallaba embarazada». TP. 18 años, segundo trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Desde sus vivencias las mujeres expresaron momentos gratificantes, pero también situaciones contradictorias y conflictivas.

Cuadro 2. Encuentros entre las gestantes sobre lo complejo que es para ellas la gestación y la maternidad, lo que involucra todos los aspectos de su vida (Sus planes presentes y futuros)

Mujeres gestantes	Mujeres gestantes
«...estaba trabajando en una empresa, y me sacaron porque estaba embarazada [...] así, embarazada, nadie le da trabajo a uno». JN. 21 años.	«...estaba estudiando [...] el caso fue que yo me tuve que retirar por el embarazo». CF. 20 años, segundo trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Para algunas MG el estar embarazadas implicó dejar de trabajar y estudiar.

Cuadro 3. Encuentros entre las gestantes sobre lo complejo que es para ellas la gestación y la maternidad, lo que involucra todos los aspectos de su vida (con el compañero y la familia)

Mujeres gestantes	Mujeres gestantes
«...mi compañero no quiere volver a saber nada de mí, porque dice que yo le arruiné la vida [...] que soy una bruta, entonces ya no me llama». ES. 21 años, segundo trimestre de gestación.	«Yo iba a retomar mis estudios este semestre que viene, entonces mi papá dijo que no, que yo me había arruinado la vida, que el niño iba a ser para mí una desgracia». CF. 20 años, segundo trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Para otras mujeres, el embarazo significó tener que enfrentar solas las situaciones durante esta etapa. En su entorno familiar, algunas gestantes tenían sentimientos de culpa, desconsuelo, de no futuro.

Cuadro 4. Desencuentros entre las vivencias de las MG y el imaginario del discurso biomédico sobre la maternidad

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«Sentí que se me acababa la vida...». TP. 18 años, segundo trimestre de gestación.	«... es la etapa más importante por la cual podemos pasar [...] la gran mayoría de las mujeres [...] Es una etapa primordial. Porque se está dando vida a un nuevo ser...». CM. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Para esta MG, el saber que está embarazada fue un evento tan determinante, que le cambió la vida, y describe el impacto que le generó,

en contraste, la PS que hablaba del imaginario idealizado sobre la maternidad de tres siglos atrás y que continúa vigente.

Cuadro 5. Desencuentros entre las vivencias de las MG y el imaginario del discurso biomédico sobre la maternidad

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«... Duró como una semana como para uno entender qué había pasado y empezar otra vez». MM. 28 años, primer trimestre de gestación.	«... Es algo divino... me parece muy bonito, un proceso muy bonito, como de regalar vida, de regalar salud...». CD. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

En otra lectura, la MG al saber que está embarazada siente desconcierto y resignación; por el contrario, la PS lo ve como algo divino.

Cuadro 6. Desencuentros entre las embarazadas y los/las PS acerca del significado de la maternidad

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«Huma, mejor dicho, no sabía ni que decir [...] en ese momento quedé, se fueron las palabras, los pensamientos, queda uno como en shock». MM. 28 años, primer trimestre de gestación.	«Es un proceso natural de la especie humana y de todas las especies para mantenerse sobre la faz de la tierra». MD. PS hombre.

Fuente: Elaboración propia

Los PS no perciben la diversidad de contextos ni vivencias de las gestantes. El discurso científico se diluye en sus creencias frente a la maternidad, sustentadas en la naturalización de la función reproductiva de las mujeres.

Cuadro 7. Desencuentros entre los/las PS sobre el significado de la maternidad

Profesionales de la salud	Profesionales de la salud
«Siempre le enfocamos que el embarazo es una condición normal...». ET. PS mujer.	«... toda la comunidad, todo el grupo médico y paramédico, tiene que encargarse del cuidado [...] para que ese embarazo, esa mujer, esa familia [...] llegue a un feliz término». MC. PS hombre.

Fuente: Elaboración propia

Esta situación es claramente un discurso y contradiscurso, porque, por un lado, según lo expresado por los/las PS, la maternidad es un proceso natural, pero el contradiscurso lleva a un control permanente de las embarazadas por parte del personal de salud.

Cuadro 8. Desencuentros entre las MG y los y las PS sobre el significado de la maternidad

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«... vivía con sueño a toda hora [...], yo soy muy activa, hasta llegué a pensar que estaba enferma [...] me daba por llorar y yo no soy llorona, entonces, me extrañaba [...] me di cuenta que estaba embarazada...». DD. 41 años, tercer trimestre de gestación.	«Siempre le enfocamos que el embarazo es una condición normal...». ET. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Para la MG, estar embarazada implica muchos cambios, a tal punto, que puede pensar que está enferma, mientras que los y las PS, siguen pensando que es una condición normal.

Cuadro 9. Desencuentros entre las/los PS sobre el significado de la maternidad

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«Siempre le enfocamos que el embarazo es una condición normal...». ET. PS mujer.	«... cualquier enfermedad infecciosa... puede afectar ese embarazo negativamente...». ET. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

2.1.1 Discusión: Durante la gestación se establecen relaciones asimétricas que refuerzan los estereotipos de género que, sustentados en lo natural, instintivo y normativo femenino, requieren que ellas cuiden a otros, según los criterios y órdenes de los/las PS.

En las situaciones antes referidas, se observó que las MG tienen un falso reconocimiento o no se les reconoce como «sujetas» de derechos por parte de los/las PS, lo que a la luz de la bioética y el género, trae como consecuencia que no se respete la autonomía de las gestantes, para tomar decisiones en el ámbito de la atención en salud.

Lo expresado por las gestantes muestra que la maternidad tiene múltiples interpretaciones, según las vivencias y experiencias de ellas. Y en ese sentido, atraviesa el proceso de la vida de cada mujer de manera diferente. Se puede decir, entonces, que la maternidad es una construcción social que adquiere significado, según el contexto de las mujeres. Y es tal vez una de las representaciones más fuertes de la cultura occidental que construye sobre estereotipos de género el concepto de lo que es ser mujer-madre, ligado a los modelos de feminidad, al ideal de madre y al «destino natural femenino».

La gestación y la maternidad, como producto social, tienen consecuencias individuales e implicaciones como convertir a las mujeres en de-

positarias de los deseos de otros, en la medida en que la maternidad se percibe, no solamente como un deseo y preocupación de ellas, sino, además, de los hombres, las familias y la sociedad en general que incluye las instituciones, las políticas públicas y el personal de salud que las atiende. De esa forma se produce una fuerte presión sobre las mujeres y muestra la carga de significados que tiene hablar de maternidad que traspasa lo puramente biológico de la procreación y lleva a pensar que el tránsito por la gestación y la maternidad es un complejo proceso personal, biológico y social, con un enorme componente biomédico.

Después del análisis y discusión desde la visión en paralelo y teniendo en cuenta, por una parte, las vivencias de las gestantes y lo expresado por los/las PS, y por otra lo planteado por Roa en *diálogo bioética-género*, se observó que en Colombia, la maternidad sigue estando en el centro de la vida de la mayoría de la población femenina. Este hecho característico del siglo XVIII, persiste tres siglos después, arraigado en un contexto social conservador y en creencias religiosas que continúan dándole un trato desigual a la población femenina por el hecho de ser diferentes. Pero, además, en ese complejo proceso que es la maternidad, los/las PS durante la atención en salud de las gestantes, refuerzan los estereotipos de género, naturalizan la gestación y «maternalizan» a las mujeres.

2.2 LOS CUERPOS DE LAS MUJERES GESTANTES: SUS CAMBIOS Y SIGNIFICADOS

En la presente investigación, el cuerpo de las MG se contempló con una visión amplia de la diada bioética-género e incluyó aspectos biológicos, significados y simbolismos sociales y culturales, que se relacionan con los deseos, las frustraciones, los anhelos y la historia individual y social, tejida en la interacción con los otros. Los referentes teóricos sobre el cuerpo,

fueron tomados de la reflexión realizada por Urrea⁴⁸, que tiene en cuenta que «no se puede ignorar la capacidad simbólica del cuerpo de relacionar las cosas y los seres»⁴⁹. Igualmente, con esa perspectiva, según Novoa⁵⁰ el cuerpo se ve como un lugar del quehacer de la bioética, como un ámbito estratégico de sentido.

Por otro lado, la misma autora considera que el cuerpo es un tema de interés permanente tanto para la bioética como para el género. La inquietud de la bioética surge ante la intervención de los avances tecnocientíficos sobre el cuerpo que llevan a replantear entre otros: los límites entre lo natural y lo artificial; la visión del sujeto y la perspectiva de la vida. La razón de esos replanteamientos se da porque en el cuerpo se reflejan los acelerados cambios dados por las nuevas tecnologías, procedimientos quirúrgicos, colocación de prótesis o artefactos y el uso de fármacos. De tal forma que se entrecruza el deseo con la necesidad y convierte el cuerpo en objeto, con lo cual se desdibuja el sujeto. Igualmente, la aplicación de las nuevas tecnologías puede, según Escobar⁵¹, convertir el organismo humano en el *cyborg* visto como una combinación hombre-máquina.

Para Lagarde⁵² la «construcción» del cuerpo de las mujeres, se inicia en la subjetividad, en

un contexto cultural, político, económico y social específico, donde las cualidades físicas del cuerpo de las mujeres, en especial las sexuales, se extienden a todas las esferas de la vida. Agregado a lo anterior, en la interpretación sobre Beauvoir, Butler⁵³ habla del paso del cuerpo natural al cuerpo enculturado, en ese sentido el cuerpo es el principio y luego se llega a ser su género. Ese ser su género se considera en continua construcción e interpretación que se inscribe en cada cuerpo de manera personal.

De otro lado, en la cultura los hombres son visitos como trascendentes. Mientras a las mujeres las ligan y atan al cuerpo. Su asociación con el cuerpo es tal, que en muchos casos son vistas tanto por ellas mismas como por los demás, como solo sus cuerpos. Como si el cuerpo fuera suficiente para definirlas como mujeres. En lugar de otra posibilidad como la de «existir»⁵⁴ sus cuerpos lo que significa: «vivir sus cuerpos como proyectos o portadoras de significados creados»⁵⁵. Lo que se vislumbra es que al poner el sello personal al cuerpo en el momento de interpretar, reinterpretar o subvertir las normas culturales establecidas, lo que se hace en últimas es convertir lo personal en político.

Por su parte, Bourdieu⁵⁶ hace referencia a que la división del mundo está basada en las diferencias biológicas, pero sobre todo las que tienen que ver con la división del trabajo de procreación y reproducción. Por lo tanto, el género estructura y organiza de manera concreta y simbólica toda la vida de la sociedad. El orden social está entramado de manera profunda en

⁴⁸ URREA, Fanny. «El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol.7 N.º 1 pp. 97-110. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2012.

⁴⁹ ESCOBAR, Jaime. *Dimensiones Ontológicas del cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la Medicina*. Colección Bios y Ethos N.º 2 Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 1997, p. 29.

⁵⁰ NOVOA, Edgar. «Identidad y bioética: los desafíos en el cambio de milenio». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 2, N.o 1. pp. 93-113. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2007.

⁵¹ ESCOBAR, Jaime. «Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 2 N.o 1. pp. 33-51. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2007.

⁵² LAGARDE, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. 3.^a ed. México: Universidad Autónoma de México, 1997, pp. 212-3.

⁵³ BUTLER, Judith. «Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault». En *Teoría feminista y teoría crítica Valencia*. Op. cit., p. 197.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 199.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 199.

⁵⁶ BORDIEU. Citado por LAMAS, Martha. «Género e identidad». En *Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 1995, p. 65.

la sociedad que no requiere según Bourdieu⁵⁷ justificación, porque es tomado como acuerdos de tipo «natural»; para él las diferencias biológicas proceden de construcciones sociales.

En ese sentido, es claro que mientras las mujeres continúen viendo sus cuerpos como cuerpo-objeto y como el cuerpo de otros (hijos, esposos, parejas, familia, etc.) es difícil que ellas mismas se puedan verse y puedan ser vistas y reconocidas por ellas mismas y por otros como «sujetas». Porque como mencionada Taylor⁵⁸ la identidad humana se crea dialógicamente en respuesta a las relaciones. Esa identidad se moldea en parte por el reconocimiento o por la falta de este, o por el falso reconocimiento de otros. En el caso de la identidad de género de la población femenina ha sido construido socialmente como cuidadora, dadora y se olvida de ella misma.

Por lo tanto, los cambios del cuerpo de las mujeres durante la gestación y los significados que de ellos tienen las embarazadas y los/las PS permitieron comprender: en primer lugar que los cuerpos de las mujeres son un continuo entre ser mujer y madre, en la medida en que como se vio en el apartado anterior el estereotipo de maternidad relaciona a la población femenina con la reproducción. Pero son las características anatómicas del cuerpo de ellas lo que las define como procreadoras. Adicionalmente, el rol de madre las liga automáticamente como amas de casa para cuidar los hijos en el hogar.

La crianza de los hijos e hijas según Fraser⁵⁹ es una actividad tanto de reproducción material (prácticas que producen alimentos y objetos) e implica intercambio de grupos biológicos de individuos con su medio físico y con otros sis-

temas sociales) como simbólica (transmisión de normas y tradiciones culturales que conforman las identidades sociales realizadas en el ámbito del hogar). La primera representa trabajo pago, mientras la segunda no lo es, además la crianza de la prole se considerado actividad femenina. En consecuencia, en muchos informes y convenciones publicados las mujeres aparecen como las más pobres dentro de los pobres.

En segundo lugar, el lenguaje del cuerpo de las gestantes, como «actoras» sociales, se extiende al lenguaje corporal de una sociedad específica, lo que implica que se entrelace la historia individual con la cultura. En este punto es importante tener en cuenta que mientras el cuerpo en general se ha relacionado y transformado con la cultura a lo largo de los siglos; por el contrario, la gestación y la maternidad siguen marcando y remarcando el cuerpo de las mujeres de igual manera desde el siglo XVII hasta el XXI, debido a que tanto la gestación como la maternidad se afincan como eventos naturales e instintivos de la población femenina y se refuerzan sobre esa misma idea de cuerpo desde hace tres siglos.

En tercer lugar, las modificaciones y los significados del cuerpo de ellas, generan cambios en la forma de relacionarse con ellas mismas y su contexto. En ese sentido, la gestación compromete y transforma el cuerpo de las mujeres más allá de lo físico, para instalarla en el campo de lo simbólico. Eso significa que las grandes y diversas transformaciones corporales, tienen transformaciones simbólicas que hace que ellas se perciban diferentes y se ubiquen en otro espacio, el de la maternidad que les adiciona a ellas responsabilidad y les resta autonomía, en la medida en que se ejerce control y supervisión permanente sobre sus cuerpos para que el embarazo llegue a «feliz término».

Ante la pregunta a las MG y a los/las PS sobre los cambios corporales y sus significados durante este período, se observó que entre las MG

⁵⁷ *Ibid.*, p. 65.

⁵⁸ TAYLOR, Charles. *El multiculturalismo y «La política del reconocimiento»*. México Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 19.

⁵⁹ FRASER, Nancy et al. *Teoría Feminista y Teoría crítica*. España: Artes gráficas Soler, 1990, p. 63.

había encuentros y entre las MG y los/las PS había desencuentros.

Cuadro 10. Encuentros entre las MG sobre los cambios corporales durante la gestación

Mujeres gestantes	Mujeres gestantes
«... me cambió el estómago [...] me ensanché un poquito de cadera, los pies se me pusieron un poquito más gorditos...». OM. 37 años, tercer trimestre de gestación.	«... vivía con sueño a toda hora...». DD. 41 años, tercer trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Estas manifestaciones descritas por una mujer de 37 años, pueden ser los primeros indicios de que se está embarazada.

Cuadro 11. Desencuentros entre las MG (vivencias) y los/las PS (discurso biomédico) acerca de los cambios corporales de las gestantes

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«Mi cuerpo cambia, la rutina cambia, se siente uno cansado, agotado [...] ya no puede uno salir como antes, le hace un vuelco total la vida [...] no se puede estresar, estar de malgenio, tener rabias fuertes, con mucho cuidado que uno no prevenía anteriormente». DL. 26 años, primer trimestre de gestación.	«El cuerpo de la mujer embarazada [...] es hermoso, bonito, es algo en lo cual no podemos sentir vergüenza, porque está dentro de los mismos cambios físicos... ». CM. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

La lectura doble mostró que las gestantes y los/las PS están parados en dos mundos diferentes hablando de los cambios corporales de ellas. Las embarazadas lo hacen desde sus vivencias y los/las PS desde el discurso biomédico. Lo dicho por los/las PS es contrario a lo que describen las MG que atienden. Incluso, los/las PS desconocen

o no tienen en cuenta lo que las embarazadas dicen sobre sus cambios corporales, por consiguiente no hay comunicación ni diálogo.

Cuadro 12. Desencuentros entre las MG (vivencias) y los/las PS (discurso biomédico) acerca de los cambios corporales de las gestantes

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«... toda la comida me da asco [...] bajé de peso, mantengo muy ojerosa [...] me desvelo mucho, me da sueño en el día y de noche casi no duermo». F. 35 años, primer trimestre de gestación.	«Los cambios corporales... modificación de todo el cuerpo de sistema cardiovascular, sistema digestivos, sistema pulmonar, sistema genital [...] de su sistema oral, todo a todo nivel hay cambios». MD. PS hombre.

Fuente: Elaboración propia

Las MG refieren molestias con la comida, al dormir, por el contrario los/las PS minimizan los cambios corporales e idealizan la imagen del cuerpo de las MG.

Cuadro 13. Desencuentros entre las MG (vivencias) y los/las PS (discurso biomédico) acerca de los cambios corporales de las gestantes

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«... vomité mucho, me sentía muy mal [...] la espalda [...] se me durmió...». OM. 37 años, tercer trimestre de gestación.	«... Es una fábrica... que si la tienen bien cuidada, pues van a tener un buen producto [...] Todas quieren un hijo feliz, inteligente, sano [...] si se cuidan su cuerpo desde el principio [...] van a tener unos bebés muy sanos y felices e inteligentes. Ese es el ideal de todos [...] es urgente que se tengan que cuidar [...] Tenemos una fábrica de bebés y tenemos que tener esa fábrica bien». CD. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Las MG continúan hablando de los malestares en sus cuerpos durante esta época, entre tanto la PS comparan el cuerpo femenino con una fábrica de bebés.

Cuadro 14. Desencuentros entre las MG y lo que dicen los/las PS acerca del embarazo

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«Me adelgacé mucho porque casi no estoy comiendo [...] porque toda la comida me da asco [...] mantengo muy ojerosa, me duele mucho la cabeza, casi los tres meses que tengo siempre me ha dolido mucho la cabeza [...] también muchas nauseas... bajé de peso [...] me volví como muy ansiosa, no me gusta esperar, y me desvelo mucho, me da sueño en el día y de noche casi no duermo». FF. 35 años, primer trimestre de gestación.	«El doctor le dice a uno que eso es normal...». OM. 37 años, tercer trimestre de gestación. «...los médicos dicen que son normales, y pues vengo casi cada 15 días a control». FF. 35 años, primer trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

2.2.1 Discusión: Para las MG el hecho de bajar de peso, vomitar, tener dolor de cabeza, de espalda, nauseas, o desvelo, es algo asociado con que su cuerpo no está funcionando bien. En contraste con los/las PS, que consideran que los cambios físicos son normales y obvios a tal punto, que no se mencionan, se minimizan o se relacionan con las hormonas. Por consiguiente, el discurso biomédico propio y comprensible del personal de salud es una paradoja para las gestantes.

Según Reyes⁶⁰, la actividad científica médica ha propiciado como concepto «oficial», la connotación de patológico a procesos fisiológicos como

la menopausia y la menstruación, lo que ha generado la idea de la mujer unida al cuerpo por ciclos y modificaciones hormonales que afectan y limitan su actividad, debido a cambios físicos y emocionales por influencia de la «naturaleza». A lo que se agrega la gestación que, como se vio en la presente investigación, se mueve entre lo normal y lo patológico en el ámbito médico.

Con respecto a la primera tesis, sobre el cuerpo de las mujeres como estereotipo «construido» socialmente y centrado en la maternidad, la presente investigación aportó que los cuerpos durante la gestación cambian físicamente de manera radical para las mujeres y para la sociedad, hasta el punto de que las transformaciones corporales y síntomas descritos por estas mujeres durante el embarazo, son el signo más visible de que están embarazadas. Pero, así mismo, trascienden lo biológico y trasgreden el discurso médico de que el cuerpo de las mujeres está naturalmente preparado para la gestación.

A lo largo de la historia, hasta hoy, la construcción del cuerpo femenino y sus significados coloca a la población femenina en un espacio de subordinación, al considerar que el cuerpo de las mujeres es inferior al de los hombres por ser diferente. La presente investigación identificó que las gestantes están en un doble espacio de subordinación, porque en adición a lo antes anotado, durante la atención en salud se establecen relaciones asimétricas que no reconocen a las embarazadas como «sujetas» de derechos.

En relación con la segunda tesis, que afirma que durante la gestación, en la práctica clínica en general, se establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres, esta investigación mostró que en el ámbito de la atención en salud, el poder del conocimiento de los/las PS elimina las creencias y conocimiento de las embarazadas, pero, además, la

⁶⁰ REYES, Adriana. »El enfoque de género como crítica a la conceptualización de la salud como sistema». En SUÁREZ, Roberto. *Reflexiones en salud: una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2001, pp. 41-56.

asociación del embarazo con algo patológico, hace que las mujeres sean vistas como frágiles y vulnerables. Esa connotación de frágiles, hace que los/las PS ejerzan control y presión sobre los cuerpos de ellas y vulneran su autonomía. El control y presión que se ejerce sobre ellas, dice Purdy⁶¹, es para que actúen por el bienestar de los fetos a tal punto, que estos son más importantes que la mujer gestante.

En ese sentido, la población femenina se encuentra bajo las dos tecnologías de poder entrecruzadas que menciona Foucault⁶²: por una parte, la técnica disciplinar, cuyo centro es el cuerpo para hacerlo dócil y útil, con efectos individualizados; por otra, está la tecnología centrada en la vida, con efecto de control y de regulación sobre las masas de la población ante acontecimientos de riesgo como es el caso de las altas tasas de mortalidad mundial, y la medicina es un saber/poder sobre el cuerpo y sobre la población; por lo tanto, tiene implicaciones tanto de tipo disciplinar como regulador.

Para Lagarde⁶³, en este aspecto todos los hechos, tanto culturales como sociales (el conocimiento, el trabajo, la sexualidad, el cuerpo, la subjetividad, etc.), se convierten en espacios de un poder que implica que en las relaciones quien sustenta el poder tiene la posibilidad de decidir sobre la vida del otro. Situación que ocurre con las gestantes durante la atención en salud, porque en este espacio, la maternidad se enmarca en las dinámicas de poder, ligado a las estadísticas y a los indicadores de morbilidad materna. Por esta razón, los /las PS poseedores del conocimiento, controlan los cuerpos de las gestantes y deciden sobre las vidas de ellas, al desconocerlas como «sujetas» de derechos.

⁶¹ PURDY, L. *Op. cit.*, pp. 88-105.

⁶² FOUCAULT, Michel. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 225.

⁶³ LAGARDE. *Op. cit.*, p. 830.

Lo analizado y discutido en este apartado, mostró que durante la atención en salud, el cuerpo de las gestantes es un territorio de tensión y disputa permanente que, en consecuencia, lleva al fraccionamiento del cuerpo de ellas, además, a verlas como un receptáculo o, como lo menciona Purdy⁶⁴, como el continente del feto que debe cuidarse.

2.3 ¿DÓNDE ESTÁ LA BOCA?

La reflexión por los significados de la boca y la atención odontológica a mujeres embarazadas durante varios años, fueron los elementos que permitieron plantear los interrogantes en la presente investigación. La boca se convirtió en una excusa para hablar sobre los derechos de las mujeres.

La boca, también llamada en el área de salud «cavidad bucal», hace parte del sistema digestivo. En esta cavidad ocurren complejos procesos inmunológicos y se manifiestan o tienen implicaciones alrededor de doscientas (200) enfermedades, de las que aproximadamente el 3 % pueden poner en peligro la vida. Ejemplos: la endocarditis infecciosa, la diabetes descompensada, enfermedades malignas del sistema hematopoyético, así como la asociación entre enfermedad periodontal y complicaciones del embarazo con parto pretérmino y bajo peso al nacer. En estas situaciones, el estado general del o la paciente puede verse agravado, aún más, como consecuencia de una patología oral.

La boca, como parte integral del cuerpo, tiene una fuerza simbólica trascendental, que a lo largo de la historia le ha dado valores y comprensiones diversas; hoy, la boca se relaciona, en términos macros, con lo político, lo económico y lo social; en términos individuales, con el placer, lo sensual, la belleza, lo afectivo, el

⁶⁴ PURDY. *Op. cit.*, pp. 88-105.

lenguaje, la comunicación, lo estético, la sonrisa, y está vinculada a expresiones faciales de alegría, tristeza, preocupación. Adicionalmente, es el sitio del quehacer de la odontología.

La historia de la odontología, según García-Roco y Méndez⁶⁵, está unida a la medicina y se remonta al año 3000 a. C., cuando los médicos egipcios incrustaban piedras preciosas y las extracciones dentales de los dientes anteriores se aplicaban como castigo. Posteriormente, en el 7000 a. C. los etruscos y fenicios elaboraron prótesis dentales y más tarde los mayas restauraron piezas dentales con oro, métodos que tomaron luego los Incas y aztecas para reconstruir piezas dentales. Durante el feudalismo hubo una clara separación entre las actividades dentales y quirúrgicas consideradas labores artesanales de las denominadas actividades médicas, lo que llevó a los barberos a realizar extracciones dentales. Hacia 1800 se utilizaron las incrustaciones de porcelana y 15 años después el flúor fue empleado para prevenir la caries. A mitad del siglo pasado surgieron las resinas y las piezas de mano de alta velocidad. En 1970 se introdujo la práctica de la odontología a cuatro manos y 10 años más tarde se describieron las técnicas para implantes dentales.

La odontología, con los avances tecnocientíficos a lo largo de los años, ha desarrollado materiales dentales, nuevo instrumental y equipos para dar auge a la odontología estética o cosmética con procedimiento de blanqueamiento dentales y embellecimiento de la sonrisa. Prácticas que van paralelas con la implementación de nuevas tecnologías que entrecruzan el deseo y la necesidad y confunden el cuerpo como objeto y como sujeto, lo que configura para

⁶⁵ GARCÍA-ROCO PÉREZ, Óscar y MÉNDEZ MARTÍNEZ, María Josefina. «Historia de la cirugía bucal y maxilofacial». Rev HumMed 2002, vol.2, N.º 1, p. 5. [En línea]. [Fecha de consulta 10 de agosto de 2012]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100002&lng=es&nrm=iso&tlang=es

Escobar⁶⁶ la medicina del deseo que tiene como objetivo modificar o mejorar los cuerpos, por motivos personales o por presión de los estereotipos de belleza.

Desde otras perspectivas de la odontología, Nieva⁶⁷ plantea las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral; Malagón⁶⁸ plantea la boca como representación y Montenegro⁶⁹ plantea nuevos enfoques de la salud oral desde la salud pública. Estas miradas aportan a la práctica clínica tradicional de la odontología, la visión de que además de sólidos conocimientos tecnicocientíficos, se requiere tener en cuenta la dimensión social, ya que durante la interacción paciente-odontólogo, se intercambian conocimientos y saberes populares, en los que adquieren relevancia la tradición, la religión, la estética, así como elementos racionales y emotivos. Todo lo anterior, determina las diversas actitudes y prácticas frente a la salud y enfermedad.

La práctica de la odontología continúa con una visión reducida, pese a todos los avances logrados, centrada en el dominio tecnicocientífico de la enfermedad. Lo problemático de la mirada reducida de la práctica de la odontología, es que el odontólogo/a no logra percibir los significados de la boca, ni que esta hace parte del cuerpo.

⁶⁶ ESCOBAR, Jaime. *Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo*. Op. cit., pp. 33-51.

⁶⁷ NIEVA, Blanca Cecilia et al. «Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales». Primera parte. En *Revista Federación Odontológica Colombiana*, 1989. N.º 194. Septiembre-diciembre, pp. 10-59.

⁶⁸ MALAGÓN, Rafael. «La boca como representación». En *Cuerpo diferencias y desigualdades*. Bogotá: Centro de estudios sociales, CES. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia, 1999, pp. 95-108.

⁶⁹ MONTENEGRO, Gino. «Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública». En *Universitas Odontológica*. Universidad Javeriana, 2011. Vol. 30. N.º 64. Enero-junio, 2011.

La bioética suscita inquietudes y cuestionamientos a la mirada reduccionista de la odontología, porque «...cuando el cuerpo se divide en partes, es decir, se parcela... ya no existe el ser humano, el cuerpo dividido no es más el individuo...»⁷⁰. Y sin sujeto no hay autonomía. Este último aspecto es la base para establecer las relaciones entre los pacientes y los/las PS; por lo tanto, si no se reconoce un sujeto de derechos, las relaciones clínicas seguirán siendo asimétricas, pues el conocimiento de verdad de los PS «invisibiliza» las creencias de los pacientes.

Ante la pregunta sobre el significado de la boca, sus cambios con el embarazo y la forma cómo se afecta la cavidad oral durante este período de tiempo, algunas apreciaciones en paralelo son las siguientes:

Cuadro 15. Encuentros entre las MG sobre el significado de la boca

Mujeres gestantes	Mujeres gestantes
«Los dientes son parte de la presentación de una persona y a mí que me gusta estar sonriendo y si uno ve a una persona que no se cuida los dientes se ve como sucio». RC. 22 años, segundo trimestre de gestación.	«La boca, si uno no se la asea bien, puede llevar muchas bacterias hacia el bebé, medicamentos, alimentos e infecciones, todo va hacia el bebé...». VC. 20 años, segundo trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Las entrevistadas relacionan la boca con lo estético, con la belleza, con estar sano y limpio, pero también con la enfermedad y la posibilidad de infecciones en el bebé.

Agregado al significado de la boca, surge el quehacer del odontólogo visto por las MG como el/la

que revisa y limpia los dientes. Esta apreciación de las mujeres sobre lo que hace el odontólogo/a, permite reafirmar el rol del odontólogo en el equipo de salud, centrado en los dientes de manera aislada, con olvido del contexto: «...a mí me han dicho que la doctora de odontología... que ella deja los dientes bien limpios y que revisa diente por diente y que la verdad he escuchado hablar muy bien de ella. Que ella revisa diente por diente y hasta que no los deja bien limpios no deja salir». JN 21 años, segundo trimestre de gestación, primer embarazo.

Cuadro 16. Encuentros entre las MG sobre los cambios en la boca durante el embarazo

Mujeres gestantes	Mujeres gestantes
«Me están sangrando las encías hace como dos meses [...] tengo como la dentadura muy sensible, me cepillo y me sangra». GL. 19 años, tercer trimestre de gestación.	«...Sangra la encía y más cuando uno se cepilla sangra...». FA. 20 años, primer trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Para las gestantes, el principal problema bucal durante el embarazo es el sangrado de las encías que se incrementa al cepillarse.

Cuadro 17. Encuentros entre los/las PS sobre los cambios en la boca de las MG durante el embarazo

Profesionales de la salud	Profesionales de la salud
«... básicamente, se generan cambios hormonales que nos van a afectar un poquito el comportamiento de las encías...». ZE. PS mujer. «... alteraciones de encía en razón de los cambios hormonales...». MA. PS mujer.	«... Pues afecta mucho, pues de igual manera los procesos hormonales, pues hay muchas posibilidades de una gingivitis, sensibilidad en la encía, hay caries...». MC. PS hombre.

Fuente: Elaboración propia

⁷⁰ BERGEL, Salvador. «Bioética, cuerpo y mercado». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 2 N.º 1. Enero-junio 2007. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2007, p. 138.

Los/las PS entrevistados indican que los principales signos y síntomas en cavidad oral durante el embarazo son alteración, inflamación y sensibilidad de las encías, gingivitis.

Cuadro 18. Encuentros entre las MG y los/las PS sobre los cambios en la boca durante el embarazo

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«Me están sangrando las encías hace como dos meses... tengo como la dentadura muy sensible, me cepillo y me sangra». GL. 19 años, tercer trimestre de gestación.	«... básicamente se generan cambios hormonales que nos van a afectar un poquito el comportamiento a las encías...». ZE. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Tanto las gestantes como los/las PS mencionan el sangrado de las encías, las náuseas, sensibilidad en la boca como las principales molestias bucales durante el embarazo.

Cuadro 19. Desencuentros entre las MG y los/las PS sobre las creencias y el discurso biomédico

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«Uno en el embarazo se descalcifica, pierde calcio y tiende a que los dientes se le dañen». UD. 29 años, tercer trimestre de gestación. «...yo creo que él necesita calcio (se refiere al feto) y pues el calcio de uno está en la dentadura. FA. 20 años, primer trimestre de gestación.».	«... la creencia que el bebé se está robando el calcio de los dientes y todo eso, pero básicamente se generan cambios hormonales que nos van a afectar un poquito el comportamiento a las encías y vamos a necesitar que las gestantes sean más consagradas y dedicadas a la higiene oral para que no se exacerben esos comportamientos...». ZE. PS mujer.

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«...yo sé que las radiografías son malas para el bebé... Yo no sé nada de eso pero dicen que es malo. Toda la gente que le pregunto me dice que eso es malo. Que algo le pasa al bebé, qué razón, ni idea, pero ni idea. La odontóloga dice que no tiene nada que ver porque a uno le ponen un delantal de plomo». MJ. 19 años, tercer trimestre de gestación.	«... Hay mucho temor en venir al odontólogo. Hay varias que vienen que no quieren... Ellas ya vienen con el mensaje de su casa y de su pareja, ellas ya vienen en su cabeza que si les dice que le van a colocar su anestesia: -diga que no-...». MA. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Las gestantes participantes también plantean inquietudes entorno a la pérdida de calcio, a la toma de radiografías y a la aplicación de los anestésicos durante este periodo de tiempo. Sin embargo, las creencias de las embarazadas no se tienen en cuenta o son subestimadas, porque lo que cuenta en este espacio es el conocimiento científico.

Cuadro 20. Encuentros entre los/las PS sobre la práctica de la odontología

Profesionales de la salud	Profesionales de la salud
«... la paciente de ayer me dijo que había llorado mucho cuando se había enterado que estaba embarazada, es lo máximo que te puede decir una paciente, pues, sí, yo a veces pienso que su estado emocional está alterado, susceptible... he visto que mujeres aquí nos han dicho que han pensado en abortar... pero no somos ni el consejero ni el psicólogo... y la atención odontológica es como rápida y no nos podemos entrar en la parte privada del paciente, nos limitamos a lo que nos toca...». ML. PS mujer.	«... No vienen muchas señoras a la consulta odontológica, aunque el programa del hospital tiene muchas mujeres, aquí a la consulta vienen una vez y no vuelven... les dan las citas y no vienen. Hay mucho temor en venir al odontólogo. Hay varias que vienen que no quieren, pero se les ve es el temor, es más como temor, miedo...». MA. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

2.3.1 Discusión: Lo expresado por las PS mostró que la práctica de la odontología fracciona el cuerpo de las gestantes a tal punto que los significados del cuerpo y la boca parecen no relacionarse con sus pacientes, ni con el quehacer odontológico. Sus tareas las delimitan muy bien. Por lo tanto, lo que las MG les cuentan, fuera del sangrado e inflamación de las encías, caries o sensibilidad en la boca, no es su problema.

En el trabajo de campo llamó la atención sobre el hecho de que para las gestantes la boca fue el elemento más ausente; la salud oral no se encuentra dentro de sus prioridades, intereses o preocupaciones, a menos que tengan alguna sintomatología dolorosa o molestia que en algún momento las lleve a consultar al odontólogo/a. En general, ellas no narraron espontáneamente los significados ni los cambios sobre esta parte del cuerpo, como tampoco sus experiencias en la atención odontológica durante el embarazo. Cuando lo hacen, tienen connotaciones de temor y miedo.

En las MG la ausencia de la boca posiblemente tiene relación, por un lado, con lo que menciona Díaz⁷¹, respecto de que la actitud y conducta frente a la salud y la enfermedad, tiene que ver con el significado que las personas le den a la enfermedad; igualmente, las conductas y actitudes tienen una gran influencia en la cultura médica existente. Estas explicaciones se identifican con la marcada tendencia vista en el apartado anterior, de una naturalización del embarazo, pero, por otro lado, situaciones de riesgo permanente para el feto en formación. Lo anterior se constituye en discursos y contradiscursos por parte de los PS: «Siempre le enfocamos que el embarazo es una condición normal...», pero por el otro lado, se le da la

connotación de riesgo: «... cualquier enfermedad infecciosa o no puede afectar ese embarazo negativamente...». ET. PS mujer.

Durante la investigación, las gestantes mencionan que la consulta odontológica se encuentra en la ruta de atención de las maternas y por esa razón deben asistir. Mientras, los PS ejercen presión sobre ellas para que asistan a las diferentes consultas, incluida la odontológica: «...siempre tratamos de presionarlas, para que vayan a su cita odontológica...». ET. PS mujer.

La consulta odontológica a las MG les genera miedos y temores que se intensifican ante lo que le pueda ocurrir al «bebé» con el uso de anestésicos o toma de radiografías, pero las creencias y temores que ellas expresan, parecen no tomarse en cuenta; ante esta situación, ellas deciden no volver. Los problemas en cavidad oral más mencionados por las gestantes y los/las PS durante el embarazo, son inflamación y sangrado de las encías. Estas manifestaciones las explican los/las PS con cambios hormonales, pero no identifican un cuerpo depositario de esos cambios ni mucho menos el contexto en el que están inmersas las gestantes; por lo tanto, durante la atención odontológica está ausente el sujeto mujer gestante. Situación que la bioética entra a cuestionar, porque sin la integralidad del cuerpo no hay sujeto y sin sujeto no hay relación paciente-PS.

2.4 EL RESPETO A LA AUTONOMÍA DE LAS GESTANTES DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD

Es importante hacer un breve recorrido por el concepto de autonomía antes de su llegada a la bioética. De acuerdo con Simón⁷², durante la Edad Media las relaciones sociopolíticas y médicas se sustentaban en el paternalismo, de

⁷¹ DÍAZ, Rosa María. «Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación». En Revista ADM, 2001. Vol. LVIII. N.º 2. Marzo-abril, p. 69.

⁷² SIMÓN, Pablo. *El Consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela. 2000, pp. 29-31.

tal forma que los súbditos obedecían al gobernante, mientras el médico, poseedor del conocimiento, daba órdenes que debían ser cumplidas por el enfermo. Por su parte, Locke, Kant y Mill marcan el camino para el desarrollo del concepto de autonomía que buscó llevar a la humanidad a la mayoría de edad.

Con el principialismo de Beauchamp y J.F. Childress⁷³, la autonomía ingresa a la bioética anglosajona al lado de la beneficencia, la no maleficencia y la Justicia, y definen la autonomía como la capacidad de las personas para tomar decisiones. Rendtorff⁷⁴ menciona que para los europeos la autonomía, legado de Aristóteles, tiene que ver, entre otras, con autolegislación y capacidad de decisión racional y acción sin coerción. De acuerdo con Escobar⁷⁵, en los países latinoamericanos el contexto es otro, dada la marcada concepción religiosa, que es una impronta al momento de tomar decisiones; además, como lo menciona Gracia⁷⁶, la ética, en general, en este continente se relaciona como norma externa, sin poder vincularse con el ser humano; por esa razón, la perspectiva de la autonomía en el sur del continente es diferente a la concepción norteamericana que reivindica el derecho a la autonomía de los pacientes.

La autonomía es importante en la bioética. Los feminismos y el género al hablar de sujetos. Simón⁷⁷ menciona que en la perspectiva de la bioética, la autonomía, como dinámica sociopolítica, generó la crisis del paternalismo al cues-

⁷³ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. *Principios de Ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999, p. 116.

⁷⁴ RENDTORFF, Jacob Dahl y KEMP, Peter. *Basic Ethical principles in European Bioethics and Biolaw*. Vol. I *Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*. Barcelona: Spain, 2000, pp. 17-62.

⁷⁵ ESCOBAR, Jaime. «Panorama de la bioética en Colombia». *Op. cit.*, pp. 25-42.

⁷⁶ GRACIA. *Op. cit.*, pp. 49-59.

⁷⁷ SIMÓN, Pablo. *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: Fundación Víctor Grifols. 1999, p. 21.

tionar las relaciones verticales y asimétricas médico-paciente. La relación médico-paciente es definida por Gracia⁷⁸ como un vínculo interpersonal, social o político, la cual respeta la justicia, beneficencia y autonomía. Así mismo, los feminismos, dice Gutiérrez⁷⁹ han resignificado el concepto de autonomía unido al control del cuerpo en lo cotidiano y necesaria para la «construcción de sujetos»⁸⁰. Por su parte, las voces de mujeres en cruce bioética-género, dice Meyer⁸¹, plantean en principio el embarazo como un complejo proceso biológico y cultural, en el cual la gestante es un agente moral activo y por lo tanto, se requiere «reconceptualizar»⁸² la autonomía, porque aunque el hombre y la mujer son igualmente responsables por un embarazo, en la práctica hay una profunda asimetría, si se tiene en cuenta que sobre la mujer recae la mayor responsabilidad. Adicionalmente, se considera que el feto tiene más relevancia que la embarazada.

En esta investigación la autonomía, según una perspectiva contemporánea bioética-género, se contempla como «autonomía, independencia, relacional», categoría dinámica en permanente construcción, proceso que se hace y rehace constantemente como un efecto colateral de la acción con dimensiones que incluyen el plano del sujeto consigo mismo y el de sus relaciones. Las decisiones autónomas reflejan las preferencias y deseos en consenso y en conflicto con los

⁷⁸ GRACIA, D. Citado por TÁMARA, Liliana. «La relación médico-paciente». En *Experiencias en bioética*. Colección Bios y Ethos N.º 3 Universidad El Bosque, Santa Fe de Bogotá: Kimpres, 1997, pp. 167-194.

⁷⁹ GUTIÉRREZ, Paula et al. «De la autonomía a la soberanía». En *Revista En otras palabras*. N.º 18. Bogotá: Siglo del Hombre, 2010, pp. 19-22.

⁸⁰ ZABALA, Sonia. «Autonomía y acción colectiva en la construcción de sujetas políticas». En *Revista En otras palabras*. N.º 18, pp. 23-32. Bogotá: Siglo del hombre, 2010.

⁸¹ MEYER. Citada por BOETZKES, Elizabeth. Equality, autonomy, and feminist Bioethics. *Op. cit.*, pp. 124-139.

⁸² BOETZKES, E. *Op. cit.*, pp. 121-139.

otros, en la independencia relacional. La configuración de esta categoría surge de los aportes sustanciales de Pablo Simón Lorda, Onora O'Neil, Laura Purdy, Elizabeth Boetzkes, Diana Meyers, Amelia Valcárcel y Mónica Roa.

Así construida la categoría, muestra los aspectos de dinamismo y cambio permanente, la relevancia de los efectos de las acciones, elementos que no contempla el principalismo al referirse a la autonomía. Para O'Neill⁸³, la autonomía la conciben como una forma de independencia relacional, es decir, que muchas clases de acciones son independientes en algunos aspectos, pero dependientes en otros. Para O'Neill⁸⁴, la autonomía tiene que ver con el derecho a escoger.

Por su parte, Purdy⁸⁵ plantea que tanto los hombres como las mujeres desean controlar lo que pasa en sus cuerpos, sin embargo, las MG están amenazadas por quienes argumentan que deben actuar por el bienestar de los fetos que llevan dentro de ellas. Según Meyer⁸⁶, la autonomía se conforma con una serie de habilidades alcanzables y significativas como son el autodescubrimiento, la autodefinición y la autodirección, las cuales no pueden ejercerse privadamente, pues necesitan modelos en el mundo público para desarrollar la competencia como una persona autónoma. Valcárcel⁸⁷ considera que la autonomía se debe ver como un efecto colateral de la acción, de tal forma que

son las acciones las que convierten a las personas en autónomas.

Por otro lado, las concepciones del cuerpo de las MG se convierten en una tensión permanente que lleva a que otros/otras tomen decisiones por ellas, de tal forma que en este período, en particular, instituciones y personas deciden por ellas, acto que significa «arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla»⁸⁸ lo que implica no permitirle ejercer su autonomía ni elegir, ni expresar su voluntad. Esta situación es relevante, porque en el mundo contemporáneo uno de los mayores retos en términos sociales y políticos es la «construcción» del sujeto femenino como sujeto de derechos. Con esa perspectiva la categoría autonomía reta a los/las PS a ampliar la visión de la mujer como «sujeta» de derechos en un momento particular de sus vidas como es la gestación que determina diferencias en el acceso a derechos, en este caso la atención en salud.

En este apartado se identificaron encuentros y desencuentros más profundos y numerosos que en los numerales anteriores entre las mismas MG y entre los/las PS alrededor de los significados, las vivencias y experiencias del respeto a la autonomía. Por tal razón, para observar mejor los hallazgos, en la perspectiva en paralelo se exponen inicialmente fragmentos de entrevistas de las embarazadas (significados vs. vivencias), luego, los PS (significado vs. experiencias). Para terminar con el respeto a la autonomía durante la atención en salud entre MG y PS.

La perspectiva en paralelo en este apartado mostró encuentros entre las mismas MG, desencuentros entre ellas mismas, encuentros entre los/las PS, desencuentros entre los /las PS,

⁸³ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in Bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2002, pp. 28-75.

⁸⁴ *Ibid.*, pp. 28-75.

⁸⁵ PURDY, Laura. «Are pregnant women fetal containers?» En *reproducing persons. Issues in feminist bioethics*. Op. cit., pp. 88-107.

⁸⁶ MEYER. Citada por BOETZKES, Elizabeth. «Equality, autonomy, and feminist Bioethics». En *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Oxford, 1999, pp. 124-139.

⁸⁷ VALCÁRCEL, Amelia. *La política de las mujeres*. Madrid: Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer, 2004, p. 235.

⁸⁸ ROA, Mónica. Citada por JARAMILLO, Isabel Cristina y ALFONSO, Tatiana. *Mujeres, cortes y medios: reforma judicial del aborto*. Bogotá: Siglo del hombre, 2008, p. 65.

encuentros entre las MG y los/las PS y desencuentros entre las MG y los/las PS.

Cuadro 21. Encuentros entre las MG sobre los significados del concepto de autonomía y la vivencia

Mujeres gestantes (significados)	Mujeres gestantes (vivencias)
«Humm qué es eso, no sé». JN. 21 años, segundo trimestre de gestación.	¡Silencio! JN. 21 años, segundo trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Para esta gestante la autonomía no tiene ningún significado; es más, nunca ha escuchado la palabra.

Cuadro 22. Encuentros entre las MG sobre los significados del concepto de autonomía

Mujeres gestantes (significados)	Mujeres gestantes (significados)
«Autonomía, pues decidir las cosas por sí mismo». MJ.19 años, tercer trimestre de gestación.	«... tomando mis propias decisiones, cuando yo quiera algo pues lo hago... siendo autosuficiente... uno es el que toma las decisiones sobre el cuerpo de uno... la decisión de si lo tocan o no lo toquen...». UD. 29 años, tercer trimestre de gestación.
«Es libertad de actuar, de tomar sus propias decisiones de actuar como uno es... la libertad para tomar uno sus propias decisiones, no dejar que nadie lo manipule». XA. 22 años.	

Fuente: Elaboración propia

Mientras que para otras MG el concepto lo vinculan con tomar decisiones sin presiones, con autosuficiencia, con libertad y decidir de acuerdo con cada persona.

Cuadro 23. Encuentros entre las MG y los/las PS sobre los significados del concepto de autonomía

Mujeres gestantes (significados)	Profesionales de la salud (significados)
«Autonomía, pues decidir las cosas por sí mismo». MJ.19 años, tercer trimestre de gestación.	«La capacidad de decidir en todas las actuaciones...». MA. PS, mujer.

Fuente: Elaboración propia

Las MG y los/las PS coinciden sobre el significado de la autonomía, como la posibilidad de decidir y tomar decisiones sin presiones.

Cuadro 24. Desencuentros de las gestantes cada una consigo misma entre los significados del concepto de autonomía y la forma como viven la autonomía durante el embarazo

Mujeres gestantes (significados)	Mujeres gestantes (vivencias)
	«...en ese sentido, sí dependo de lo que él (refiriéndose a la pareja) me diga... En este momento, sí, mi autonomía es de él y no mía... uno sí se limita muchas cosas en la autonomía estando embarazada... Está primero mi pareja, después mi bebé, mi familia y yo». MJ.19 años, tercer trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Las embarazadas al referirse a la forma como viven su autonomía durante el embarazo, cambian el tono de la voz y la actitud. La idea inicial se diluye y entran en contradicción consigo mismas.

Cuadro 25. Desencuentros de las gestantes cada una consigo misma entre los significados del concepto de autonomía y la forma como viven la autonomía durante el embarazo

Mujeres gestantes (significados)	Mujeres gestantes (vivencias)
«...tomando mis propias decisiones, cuando yo quiera algo pues lo hago... siendo autosuficiente... uno es el que toma las decisiones sobre el cuerpo de uno... la decisión de si lo tocan o no lo toquen...». UD. 29 años, tercer trimestre de gestación.	«...pues a veces no hay autonomía en muchas mujeres, porque decir si le dicen no puede hacer esto, entonces las mujeres a hacer caso a lo que le dice todo mundo y no a lo que de verdad sienten...». UD. 29 años, tercer trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Se observa que ellas hablan del significado desde la teoría y de la vivencia desde la práctica; por tanto, hay situaciones opuestas que las llevan a entrar en contradicciones.

Cuadro 26. Desencuentros de las gestantes cada una consigo misma entre los significados del concepto de autonomía y la forma como viven la autonomía durante el embarazo

Mujeres gestantes (significados)	Mujeres gestantes (vivencias)
«Es libertad de actuar, de tomar sus propias decisiones de actuar como uno es... la libertad para tomar uno sus propias decisiones, no dejar que nadie lo manipule». XA. 22 años.	«La autonomía durante el embarazo cambia... uno deja de ser prioridad para ser prioridad el niño... a veces no hay autonomía... las mujeres a hacer caso a lo que le dice todo mundo y no a lo que de verdad sienten...». XA. 22 años.

Fuente: Elaboración propia

Cuando las gestantes hablan sobre la forma como están viviendo la autonomía durante el embarazo, relatan que en ese momento la prioridad es el «bebé» o el «niño» y ellas se ubican en el último lugar.

Cuadro 27. Encuentros entre los/las PS sobre los significados del concepto de autonomía

Profesionales de la salud (significados)	Profesionales de la salud (significados)
«Autonomía es como la apropiación de cada individuo, los conceptos que tiene cada ser en cuanto a tener criterio para discernir qué es lo bueno o lo malo, tomar una decisión dependiendo si es asertiva o no, pero es individual y es de cada ser». CM. PS mujer.	«La capacidad de decidir en todas las actuaciones...». MA. PS, mujer. «La autonomía, la capacidad de ejercer mi voluntad en determinada situación, sin presión». ET. PS mujer

Fuente: Elaboración propia

Los /las PS definen con ideas claras el significado, para ellos y ellas, del concepto de autonomía.

Cuadro 28. Encuentros entre los PS en la forma como ellos/ellas perciben la autonomía de las embarazadas

Profesionales de la salud (experiencias)	Profesionales de la salud (experiencias)
«... las veo débiles, las veo temerosas, con incertidumbre en muchas ocasiones y ya no tienen tanta autonomía, ya no pueden tomar una decisión». CM. PS mujer.	«Ellas se comportan como más consentidas, son más niñas, son más débiles, son más sensibles». MA. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Los/las PS ven a las gestantes débiles, temerosas, pero sobre todo con dificultades para tomar decisiones.

Cuadro 29. Desencuentros en los/las PS cada una/uno consigo misma entre los significados de autonomía y la vivencia sobre la autonomía de las gestantes

Profesionales de la salud (significados)	Profesionales de la salud (vivencias)
«Autonomía es como la apropiación de cada individuo, los conceptos que tiene cada ser en cuanto a tener criterio para discernir qué es lo bueno o lo malo, tomar una decisión dependiendo si es asertiva o no, pero es individual y es de cada ser». CM. PS mujer.	«La autonomía de las mujeres en el embarazo, [...] influyen otros factores otras personas [...] influye la sociedad, la familia, para que ellas obtengan una autonomía, porque de cierta forma siempre está influyendo alguien alrededor para ellas...». CM. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 30. El discurso de los/las PS cambió al hablar sobre la autonomía de las MG

Profesionales de la salud (significados)	Profesionales de la salud (vivencia)
«La capacidad de decidir en todas las actuaciones...». MA. PS mujer.	«No, yo no creo que ellas tengan autonomía en el embarazo [...] Yo creo que el señor (refiriéndose a la pareja) influye mucho en ellas si es casada, ellas dependen mucho de ellos y si no es casada, si el señor las dejó, influye mucho la mamá [...] Además, ellas se comportan como más consentidas, son más niñas, son más débiles, son más sensibles». MA. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Los/las PS se refieren al concepto de autonomía desde la teoría, pero el discurso cambia al hablar de la autonomía de las MG, en ese momento entraron en contradicción.

A la pregunta sobre el respeto a la autonomía durante la atención en salud, algunas apreciaciones fueron las siguientes:

Cuadro 31. Encuentros entre las MG y los/las PS acerca de los motivos para asistir a las consultas durante la gestación

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
	«... a partir de la evaluación de su estado, le hago una serie de recomendaciones... encaminadas a prevenir eventos, enfermedades y a dar más posibilidades que ese embarazo llegue a feliz término. Esas recomendaciones son escuchadas y son dichas de tal manera que ella las entienda... el beneficio que ellas tienen, pero depende de cada mujer el aceptarlas o el cumplirlas o no. Entonces, en ese momento tiene la autonomía de hacer las cosas que le recomiendan o no». C. PS hombre.

Fuente: Elaboración propia

Tanto las MG como los/las PS coinciden en que el control médico, odontológico y de enfermería, se debe hacer para evitar problemas que afecten el feto, de tal forma que el cuerpo de ellas se convierte en un receptáculo o, como lo menciona Purdy⁸⁹, el continente del feto que debe cuidarse por el otro.

⁸⁹ PURDY. *Op. cit.*, pp. 88-105.

Cuadro 32. Encuentros entre las embarazadas y los/las PS acerca de quién toma las decisiones durante la atención en salud de las MG

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
A la pregunta ¿quién toma las decisiones de tratamiento?, respondió el doctor: ¿Cuándo usted quiere tomar una decisión diferente a la del doctor, él o ella respetan esa decisión? La respuesta fue: no, lo regaña». JN. 21 años, segundo trimestre de gestación.	«... cuando [...] ellas deciden no venir a sus controles [...] esa decisión no la pueden tomar, porque les toca venir...». CD. PS, mujer.

Fuente: Elaboración propia

Se observan relaciones de poder-dominación-sometimiento, en la que los/las PS utilizan el conocimiento biomédico como método de dominación para someter a las gestantes.

Cuadro 33. Encuentros entre las MG sobre tratamientos médicos

Mujeres gestantes	Mujeres gestantes
«A mí me dicen que lo único que yo puedo tomar es acetaminofén, en cambio él [...] me mandó [...] amoxacilina y que butil-bromuro, o sea, una droga fuerte [...] A mí me daban dolores, me dieron contracciones y el doctor me mandó eso [...] una mujer embarazada no puede tomar de eso, porque le hace venir de una al bebé». TP. 18 años segundo trimestre de gestación.	«... Yo voy allá [...] y me dan unas pastas, voy al CAMI y me dan otras y vengo acá me dan otras,...tengo muchas pastas y no sé cuáles tomarme [...] yo pienso que voy es a perder mi bebé...». TA. 20 años, quinto mes.

Fuente: Elaboración propia

Las gestantes refieren incertidumbre y confusión, no hay información clara desde el discurso biomédico sobre algunos tratamientos médicos.

Cuadro 34. Encuentros entre las MG sobre cómo tomar decisiones en determinados momentos

Mujeres gestantes	Mujeres gestantes
«... yo no me tomé nada de esa droga... yo no le hice caso [...] y pues lo mismo lo de los óvulos, ahí en la cajita yo me puse a leer bien eso y dice que es para las mujeres que tienen menos de tres meses de embarazo [...] ellos, a toda persona que ven les mandan esos óvulos». TP. 18 años, segundo trimestre de gestación.	«... yo voy allá [...] y me dan unas pastas, voy al CAMI y me dan otras y vengo acá me dan otras, [...] tengo muchas pastas y no sé cuáles tomarme, entonces no me tomo nada [...] yo pienso que voy es a perder mi bebé, entonces no me tomo es nada...». T A. 20 años, segundo trimestre de gestación.

Fuente: Elaboración propia

Las MG al tomar las decisiones pensaron en lo que le podía ocurrir al bebé.

Cuadro 35. Desencuentros entre las MG y los/las PS sobre la información de tratamiento médico

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
	«... a partir de la evaluación de su estado, le hago una serie de recomendaciones... encaminadas a prevenir eventos, enfermedades y a dar más posibilidades que ese embarazo llegue a feliz término. Esas recomendaciones son escuchadas y son dichas de tal manera, que ellas las entiendan... el beneficio que ellas tienen, pero depende de cada mujer el aceptarlas o el cumplirlas o no... en ese momento tienen la autonomía de hacer las cosas que le recomiendan o no». MC. PS hombre.

Fuente: Elaboración propia

Los desencuentros entre las embarazadas y los/las PS sobre la información del tratamiento prescripto, les genera a ellas situaciones conflictivas entre el saber biomédico de los profesiona-

les de salud y las creencias y vivencias de ellas. La decisión de no tomar la medicación se basó en el temor de perder el bebé.

Cuadro 36. Encuentros entre los/las PS sobre el cuidado de las MG

Profesionales de la salud	Profesionales de la salud
«... toda la comunidad, todo el grupo médico y paramédico tiene que encargarse del cuidado para que ese embarazo, esa mujer, esa familia, pues, se llegue a un feliz término». MC. PS hombre.	«... una mujer embarazada es una mujer que necesita cuidado, yo [...] me motiva a ayudarle... Veo mucha falla [...] yo puedo ayudar a corregir varias fallas en esa mujer [...] Para que esa mujer ayude a su muchacho». MA. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

La información a las MG por parte de los/las PS, se da bajo el discurso biomédico, el que está inmerso en una cultura que tiene sus propios mitos, creencias y lenguaje.

Cuadro 37. Encuentros entre los/las PS acerca del respeto a la autonomía de las MG

Profesionales de la salud	Profesionales de la salud
«No hay respeto a la autonomía en la salud [...] Pero más énfasis en la mujer gestante [...] porque es la que más atención se le está poniendo hoy en día... Porque ha generado más problemas de morbilidad y mortalidad y el plan mundial es disminuir la mortalidad materna [...] En Colombia hay un alto porcentaje de mujeres que no van al control prenatal, ni asisten a la consulta». MD. PS hombre.	«... si hablamos de autonomía y yo la estoy presionando para que venga a un control prenatal, el Estado la está presionando y le hacemos seguimiento [...] Ahí no la estamos dejando ser autónoma... ». ET. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

La preocupación por el control de la morbilidad materna, se convierte en un ejercicio de poder, pero, además, justifica que no se respete la autonomía de las MG.

Cuadro 38. Desencuentros entre los/las PS cada una /uno consigo misma/o acerca del respeto a la autonomía de las MG

Profesionales de la salud	Profesionales de la salud
«... Acá [...] que la mamá tome sus propias decisiones...». CD. PS, mujer.	«... pero cuando... ellas deciden no venir a sus controles [...] esa decisión no la pueden tomar, porque les toca venir...». CD. PS, mujer.
«... Aquí, yo creo que sí se respeta la autonomía de la gestante...». CD. PS mujer.	«... a menos de que vaya en contra de su salud...». CD. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

Se observaron contradicciones profundas sobre el respeto de la autonomía de las MG en el ámbito de la atención en salud.

Cuadro 39. Desencuentros entre las embarazadas y los/las PS al hablar sobre el respeto a la autonomía de las MG

Mujeres gestantes	Profesionales de la salud
«... a mí me mandaron de una vez para el consultorio [...] a ver qué hospital me quedaba más cercano...». MM. 28 años, segundo trimestre de gestación.	«... si hablamos de autonomía y yo la estoy presionando para que venga a un control prenatal, el Estado la está presionando y le hacemos seguimiento [...] ahí no la estamos dejando ser autónoma [...] Pero como no pensamos tanto en ella, sino en ese futuro bebé, entonces, en ese momento priman esos derechos de ese bebé». ET. PS mujer.

Fuente: Elaboración propia

2.4.1 Discusión: La autonomía en la interacción MG-PS en la atención clínica desde la bioética principalista, se vincula con lo individual. Pero al mostrar los encuentros y desencuentros que se dan entre los/las PS y MG en el marco de las políticas públicas de atención a las maternas, el panorama de la autonomía se amplía a lo colectivo en el plano político. Es decir, aquí las MG hacen visible lo complejo y problemático que es la construcción de autonomía en ellas. Adicionalmente, la investigación muestra que la autonomía, desde el principalismo, tiene limitaciones para poder dar explicaciones sobre lo que pasa con esa categoría en las MG durante la atención en salud. Porque aunque lo individual es importante, no es lo único que debe tenerse en cuenta al momento de hablar sobre autonomía, al ver las complejas interacciones tejidas entre las MG y los/las PS asociadas a los significados sobre la maternidad y el cuerpo de ellas.

Los referentes teóricos para analizar lo anteriormente planteado, fueron tomados de la reflexión presentada por Urrea⁹⁰ sobre matices de la autonomía. Para la autora, la autonomía es un concepto relevante en la bioética y el género. En la perspectiva bioética, como menciona Simón⁹¹, la autonomía busca transformar las relaciones humanas, cuando los avances tecnocientíficos ponen sobre la mesa dilemas bioéticos, proceso que se inició en los años 70 del siglo pasado en los Estados Unidos, y luego se extendió a Europa y América Latina. Igualmente, los movimientos feministas (como movimientos sociales) y el género como instrumento analítico que surge en la década de los 80, han abogado por el reconocimiento y respe-

to de la autonomía de las mujeres en todos los ámbitos de la vida de la población femenina.

En la presente investigación, la atención en salud se consideró como un espacio biomédico de encuentros y desencuentros entre las mujeres embarazadas y los PS, como se mostró en el trabajo de campo, en el cual se cruzaron saberes, creencias, intereses económicos e imaginarios sobre la maternidad, la gestación, el cuerpo, la boca, el género y los derechos. Se caracteriza por una mirada protocolizada, donde el sujeto tiende a diluirse ante la fragmentación de las acciones y el sistema de salud. Es importante tener presente que este espacio hace énfasis en los procesos de vigilancia y control del cuerpo durante la maternidad, lo que, de acuerdo con Illich⁹², se traduce en un proceso de medicalización del cuerpo y de la maternidad. Lo anterior, da como resultado que la explicación de salud y enfermedad se centre en aspectos puramente biológicos, fisiológicos y anatómicos.

El desarrollo de toda la atención clínica se centra en los riesgos durante el embarazo, como se muestra en el diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal, en la cual se enfoca la información sobre el sistema reproductor o su relación con él y en el feto en formación. Según Le Breton⁹³, la maternidad se encuentra disociada, de tal forma que la madre se percibe como el continente del feto. En esa construcción, las mujeres embarazadas son vistas como un receptáculo, una vasija y, por lo tanto, surge la necesidad de cuidarse por el otro.

En la práctica clínica de la medicina «la salud compete no solo a lo clínico en su particularidad exclusiva, sino también al comportamiento individual y al entorno en que vive la persona.

⁹⁰ URREA, Fanny. «Matices de la autonomía en mujeres gestantes en servicios de salud: Un diálogo bioética-género». *Revista Colombiana de Bioética*. Vol.7 N.º 2. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2012, pp. 89-106

⁹¹ SIMÓN, Pablo. *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: Fundación Víctor Grifols, 1999, p. 21.

⁹² ILLICH, Iván. *Medical Némesis. The Expropriation of Health*. New York: Pantheon books, 1976, p. 277.

⁹³ LE BRETON, David. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002, p. 238.

Sin embargo, se observa que la intervención médica actual se centra en el cuerpo considerado como una máquina u objeto de conocimiento, o como una naturaleza a su disposición para ser transformada»⁹⁴. La categoría «autonomía» permitió a la investigadora entender el entramado que subyace al ejercicio y respeto de la autonomía de las MG en la interacción con los/las PS durante la atención en salud.

El debate sobre la autonomía resultó una situación compleja con las gestantes y los PS, porque la mayoría de las/los participantes no había reflexionado sobre este tópico. Por consiguiente, fue necesario replantear las preguntas para indagar inicialmente sobre el significado del concepto; luego se tomaron en cuenta las vivencias y experiencias, para finalizar con la pregunta sobre el respeto a la autonomía durante la atención en salud.

Este apartado mostró gran cantidad de contrastes entre los/las participantes en la investigación, como el concepto de autonomía, que va desde no tener sentido, hasta relacionarlo con capacidad de decidir, de ejercer la voluntad sin presión; discursos coincidentes entre los/las PS sobre el significado de autonomía de las MG; la evidencia de las relaciones de poder que se establecen entre los PS-MG durante la atención en salud, ya que la imagen que las MG y los/las PS tienen de las mujeres y específicamente de las MG, del cuerpo durante la gestación, del embarazo, de la maternidad y de la autonomía de ellas, va a determinar las interacciones en el ámbito de salud.

Con respecto a la segunda tesis (durante la gestación, en la práctica clínica en general, se estableció una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres) la investigación mostró que la relación clínica entre las MG y

los/las PS se desarrolla en un modelo paternalista, en el cual el médico/a y, en este caso, también los odontólogos/as y enfermeras/os, hace las veces de tutores del paciente, dándole información seleccionada que lo lleva a consentir el tratamiento que el médico/a, enfermera/o y/o odontólogo/a proponen. Acto que es cuestionado en esta tesis, tanto por la bioética como por el género, porque eso significa que los encuentros en el ámbito de atención en salud son relaciones asimétricas, sin posibilidad de diálogo que desconocen a las MG como «sujetas» de derechos, y vulneran su autonomía.

El discurso biomédico carece de perspectiva de género y bioética, teniendo en cuenta que los/las PS ubican las MG en un segundo plano, porque le dan al feto en formación estatus de sujeto, mientras las mujeres se desdibujan como «sujetas» de derechos; por esa razón, no cuenta su autonomía. Adicionalmente, ese discurso biomédico es una paradoja para las MG, porque los/las PS consideran el embarazo, por una parte, como algo natural, y por otra parte, como una enfermedad.

2.5 DESARROLLO TEÓRICO Y HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se analiza el desarrollo teórico con el trabajo empírico. El desarrollo teórico tuvo como referente a la filósofa norteamericana Nancy Fraser, porque, como se mencionó, existe afinidad entre los planteamientos de la intelectual feminista con la perspectiva de la bioética en esta investigación, y con el punto de vista de la investigadora. Lo anterior, permitió enfatizar en la elaboración teórica y contrastó los hallazgos de la investigación de la manera siguiente:

En primer lugar, se percibió en los tres hospitales públicos de Bogotá (Suba, Engativá y Usaquén) que durante las prácticas en salud

⁹⁴ ESCOBAR, Jaime. *Dimensiones Ontológicas del cuerpo*. Op. cit., p. 26.

(medicina, enfermería y odontología) los/las PS no reconocen a las MG que asisten a sus consultas como «sujetas» de derechos y tampoco tienen en cuenta las creencias y vivencias de ellas. Esta situación, invisibiliza a las mujeres lo que implica «... el no reconocimiento o el reconocimiento equivocado [que] puede ser una forma de opresión»⁹⁵.

En segunda lugar, los lineamientos de la política pública en salud en Bogotá, contemplan el modelo de salud integral, que incluye diversidad de género, cultural y étnica; igualmente, el respeto a la autonomía vista como la capacidad de las personas para desarrollar proyectos de vida y ejercer ciudadanía. Sin embargo, en la práctica se observa que dichos lineamientos se centran en el plano económico, que a la luz de los planteamientos de Fraser⁹⁶ sobre escalas de justicia, se centran en la redistribución, y dejan de lado la dimensión política (representación) y cultural (reconocimiento). En ese sentido, no se debe olvidar que las tres dimensiones se entrelazan al punto que se considera que no hay redistribución ni reconocimiento, sin representación.

En tercer lugar, la preocupación de los organismos nacionales e internacionales para disminuir los índices de morbilidad materna, condujo a fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud sexual y reproductiva de la población femenina durante la gestación. En ese sentido, según Achraya⁹⁷, se considera que el acceso oportuno y la atención de calidad a los servicios de salud, ayudan a prevenir los riesgos y complicaciones durante la gestación, como también lo menciona

Offenbacher⁹⁸; sin embargo, para la investigadora se requiere tener en cuenta los argumentos de Fraser⁹⁹ sobre repensar la esfera pública, en la medida en que lo público es legítimo siempre que los individuos (en este caso específico las MG) participen como pares, independientemente de la ciudadanía política, pero, adicionalmente, la opinión pública es eficaz cuando se moviliza como fuerza política que garantice la voluntad de la sociedad civil.

En cuarto lugar, Urrea¹⁰⁰ rastreó el concepto de autonomía y se encontró que dicho concepto, desde lo sociopolítico, se enmarca en lo colectivo y busca el ejercicio de derechos de los ciudadanos en general; no obstante, cuando la autonomía entra a la bioética, se ubica en el plano individual, en la relación PS-paciente, puntualmente en la toma de decisiones sobre tratamientos médicos, procedimientos quirúrgicos, colocación de prótesis o artefactos, uso de fármacos, y nuevas tecnologías que implican el cuerpo. En este ámbito, es precisamente donde se desdibujan los límites entre autonomía y justicia, pues la atención en salud, en este caso específico de las MG, tiene que ver con la disminución de la mortalidad materna, considerado un problema de salud pública unido al desarrollo económico y social de un país.

La autonomía de las MG trasciende el plano individual para entrelazarse, en el espacio colectivo en las escalas de justicia que plantea Fraser¹⁰¹, en «el qué» de la justicia con el reconocimiento en lo cultural de las MG. En el caso de la presente investigación, implica

⁹⁵ TAYLOR, Charles. Citado por FRÁSER, N. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición «postsocialista»*. Op.cit., p. 22.

⁹⁶ FRASER, Nancy. *Escalas de justicia*. Op. cit., p. 49.

⁹⁷ ACHARYA, S. et al. *Oral-health-related quality of life during pregnancy*. Op. cit., pp. 74-77.

⁹⁸ OFFENBACHER, Steven et al. *Oral Therapy to reduce Obstetric Risk investigators. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial*. Op. cit., pp. 551-9.

⁹⁹ FRASER. Op. cit., pp. 178-184.

¹⁰⁰ URREA, Fanny. «Matices de la autonomía en mujeres gestantes en servicios de salud: Un diálogo bioética-género». Op. cit., pp. 89-106.

¹⁰¹ FRASER. Op. cit., p. 15.

reorientar la mirada de los/las PS hacia las MG, para que su autonomía sea reconocida y respetada. Además, es necesario que haya una distribución equitativa de los recursos en salud, para la atención de ellas. También, es imperativo que exista la representación, en lo político, de la población femenina, para que puedan aportar y plantear desde ellas mismas políticas públicas en salud con perspectiva de género y; finalmente, hay que redibujar los límites de la justicia a una escala más amplia que permita responder por «el quien» de la justicia, que en este caso son las MG como «sujetas» de derechos generizadas.

3. CONCLUSIONES

La presente investigación buscó respuesta a la pregunta: ¿Cómo está mediada la autonomía de las mujeres en gestación por los significados del cuerpo de las mujeres gestantes que tienen tanto el personal de salud como ellas mismas, durante la atención en salud en los hospitales de Suba, Engativá y Usaquén de la Red Norte de la SDS de Bogotá? Igualmente, las dos tesis planteadas reforzaron la investigación al contrastarlas con los hallazgos.

Los resultados de la investigación hacen diversos aportes en términos de la bioética, el género y la diáda bioética-género, a la pregunta planteada, pero a su vez, abren numerosos interrogantes de posibles trabajos futuros.

Se percibió el discurso biomédico vigente en el ámbito clínico, como un discurso de verdad y poder que trae como consecuencia el establecimiento de relaciones asimétricas entre las MG y los/las PS. Que la vida de las gestantes esté en juego, debe generar inquietudes a la bioética, al género y a la corriente de la Medicina Social-Salud Colectiva Latinoamericana y que según

López¹⁰² tiene como elemento central la salud como un asunto político, de tal manera que la política, como determinante, define la forma como se distribuye el poder económico y social que incide en la salud, la enfermedad y la atención de las poblaciones en general.

Se presentan las conclusiones de acuerdo con las categorías planteadas: maternidad, cuerpo y autonomía en diálogo bioética-género; posteriormente, se exponen los aportes en términos de bioética, género y bioética-género.

En primer lugar, en el significado de la maternidad sorprendió lo complejo que es para las MG la gestación y la maternidad y la manera como impregnán todos los aspectos de sus vidas. Mientras, los/las PS no perciben la complejidad de las vivencias de las MG y, en cambio, consideran la gestación y la maternidad como algo «corporalmente natural» de la población femenina.

En segundo lugar, el cuerpo y sus cambios durante el embarazo son vistos como dos mundos diferentes; las MG hablan de sus vivencias, en las cuales articulan conocimientos y creencias apropiados en la interacción social como mujeres en espacios particulares con la familia, la sociedad y el espacio de salud. Y los/las PS lo hacen como proceso educativo, que ve en general un cuerpo enfermo y fragmentado; en este sentido, se va construyendo un cuerpo femenino gestante estereotipado, sobre el cual recaen creencias y prejuicios construidos como discursos biomédicos.

Las MG hablan de cambios físicos radicales en sus cuerpos que trascienden lo biológico y

¹⁰² LÓPEZ, Oliva et al. «Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinomericano de Determinantes Sociales de la salud ALAMES». Op. cit., p. 324.

conllevan transformaciones sociales con fuerza simbólica, que en este caso en particular, se traducen como la maternidad que desborda el concepto de gestación. En conclusión, la transformación corporal es «la evidencia» física de un nuevo rol y estatus para las mujeres, que suscita diversidad de vivencias, desde las más gratificantes hasta las más tormentosas.

La amplia gama de situaciones relatadas por las MG, se relaciona con la maternidad como evento natural e instintivo de la población femenina, y se refuerza sobre esa misma idea corporal desde hace tres siglos, marcando y remarcando el cuerpo de las mujeres. Pero lo que permite que esto ocurra es el discurso biomédico patriarcal¹⁰³, que ha creado un imaginario sobre la maternidad y a su vez la maternidad construye un cuerpo-útero, es decir, un cuerpo sin sujeto mujer.

En tercer lugar, a través de la boca se habló del respeto a la autonomía de las MG y se encontró que las gestantes fueron remitidas a la consulta odontológica por el enfermero/a o el médico/a tratante, como parte de la ruta de atención a la materna. Ninguna de las 72 MG expresaron deseo propio, necesidad o derecho de asistir. Pero, además, la boca y la salud oral no se encuentran para ellas en sus prioridades, intereses o preocupaciones. Esta situación es vista por los/las PS como esperable por el temor que genera la consulta odontológica. De otro lado, el discurso odontológico está instaurado en torno a la caries y más recientemente con la estética, pero no se asocia a otros procesos corporales o de salud-enfermedad.

El quehacer de la odontología continúa centrado en la enfermedad, según los mismos crite-

rios empíricos del resto del área de la salud. La mirada reducida de la odontología no permite ver los significados diversos de la boca, que como parte integral del cuerpo tiene una fuerza simbólica trascendental, al relacionarla en términos macros con lo político, lo económico y lo social, y en términos individuales con el placer, lo sensual, la belleza, lo afectivo, lo estético y la sonrisa. Tampoco identifica la boca con el lenguaje y la comunicación que se constituye y reclama, en el caso de las MG, el ser «sujeta» de derechos, ni logra unir la boca a un cuerpo con características individuales y colectivas en contextos históricos y geográficos específicos.

Lo anterior plantea serios problemas en el proceso educativo en el área de la salud, pero en lo que tiene que ver con la odontología, se observa en general que el estudiante a medida que avanza en su formación en facultad se distancia cada vez más de la integralidad, para fraccionar el cuerpo y centrarse en el manejo aislado de las dos patologías más prevalentes en cavidad oral. De esa forma no se puede ver al ser humano integral que tiene frente.

En cuarto lugar, en la indagación por la autonomía el tema más complejo fue establecer un vínculo entre el significado y el ejercicio de la autonomía durante la atención en salud de las gestantes. La lectura doble mostró que tanto las MG como los/las PS entran en permanente contradicción consigo mismos/as y frente a las otras/os.

Las MG y los/las PS hablan de la autonomía desde el significado que cada uno/a ha construido y que va desde desarrollos conceptuales hasta no tener significado alguno, es decir, va desde quienes consideran que tiene que ver con la toma de decisiones sin presiones, con autosuficiencia y libertad, hasta aquellas personas que no recuerdan haber escuchado la palabra autonomía.

¹⁰³ Patriarcalismo: Es considerado como un principio de autoridad con prerrogativas y poderes sobre los miembros de la familia dado al padre por su condición sexual.

En esta investigación se encontró que si bien el ejercicio de la autonomía se hace en la vivencia y la práctica, no siempre coincide con la definición tanto en los/las PS como en las MG. Esta es una de las tensiones en la bioética y en su relación con el género.

La práctica de los/las PS se ha centrado por años sobre la enfermedad y no sobre los sujetos; por lo tanto, resulta complejo entrelazar el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y las MG, como «sujetas» de derechos. El discurso sobre la maternidad y el embarazo de los/las PS se desarrolla entre lo natural y la enfermedad. Como natural es propio del cuerpo de las mujeres en general y como enfermedad es un evento problemático y reto laboral al que se debe seguir muy de cerca. Sin embargo, en ambos casos hay control permanente sobre el cuerpo fraccionado de las gestantes que hace que los/las PS tengan conocimiento de la gestación en términos tecnocientíficos, pero en términos sociales, en general desconocen qué está pasando con sus pacientes. En ese momento cuando se plantea que la formación integral de los/las PS debe ser un elemento fundamental para su quehacer cotidiano.

3.1 EN TÉRMINOS DE LA BIOÉTICA

Durante los últimos años, la bioética mostró que la implementación de nuevas tecnologías sobre el cuerpo entrecruza el deseo y la necesidad, pero, además, se confunde el cuerpo como objeto y como sujeto, lo que se configura, según Escobar¹⁰⁴ como medicina del deseo, cuyo objetivo es modificar lo corporal por motivos personales o por presión de los estereotipos de belleza, que cada vez más, se une a una idea paradójica de belleza como sinónimo de salud.

¹⁰⁴ ESCOBAR. *Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo*. Op. cit., pp. 33-51.

En ese sentido, desde la bioética se suscitan inquietudes y cuestionamientos a la mirada reduccionista de los/las PS, porque «... cuando el cuerpo se divide en partes, es decir, se parcela... ya no existe el ser humano, el cuerpo dividido no es más el individuo...»¹⁰⁵. Y sin sujeto no hay autonomía. Este último aspecto es la base para establecer las relaciones entre los pacientes y los/las PS; por lo tanto, si no se reconoce un sujeto de derechos, las relaciones clínicas seguirán siendo asimétricas, en las cuales el conocimiento y creencias de los/las PS invisibilizan los conocimientos y creencias de los pacientes, aun cuando dentro de los/las PS haya mujeres, porque el conocimiento de ellas a su vez está atravesado por sus propias vivencias que las ubican en un rol específico en el espacio de la atención en salud.

En el ámbito de la atención en salud, el ejercicio de la autonomía de las MG se maneja, mediante el conocimiento que poseen los/las PS que preisionan a las MG, según lo que consideran que se debe hacer como un «conocimiento oficial». En ese sentido, según los cuatro modelos en la relación médico-paciente descritos por Emmanuel¹⁰⁶, el modelo imperante es el paternalista, en el que el/la PS, como tutor, selecciona una información y la transmite de tal forma que lleva al paciente a consentir el tratamiento, procedimiento, examen, etc., que de acuerdo con el PS es el mejor. La autonomía se percibe entonces como asentimiento, en contraposición con los modelos informativo, interpretativo y deliberativo.

En consecuencia, se requiere debatir desde diferentes ámbitos la autonomía de las MG, em-

¹⁰⁵ SEVE, Lucien. Citado por BERGEL, Salvador. «Bioética, cuerpo y mercado». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 2 N.º 1, p. 138. Enero-junio 2007. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2007.

¹⁰⁶ EMANUEL, Ezekiel J. et al. «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En COUCEIRO. *Bioética para clínico*. Madrid: Colección Humanidades Médicas. N.º 3. 1999, p. 110.

pezando, en este caso, por las relaciones que se establecen entre las MG y los/las PS durante la atención en salud. Como señala Urrea¹⁰⁷, la bioética propone pasar del paternalismo reinante en el ámbito clínico, al reconocimiento y respeto por la autonomía del paciente. Pero también, con una mirada histórica a la ética, en relación con la participación de las mujeres que «...ha sido más bien exigua, por no decir que nula...»¹⁰⁸. Este hecho está asociado a la exclusión de la población femenina durante siglos de la academia, por tener que cumplir función reproductora.

3.2 EN TÉRMINOS DEL GÉNERO

El género permitió comprender el paso de las mujeres por la gestación y la maternidad como un complejo proceso personal, biológico y social, con un enorme componente biomédico que convierte a las mujeres en depositarias de los deseos de otros. Además, la maternidad se percibe no solamente como un deseo y preocupación de ellas, sino también de los hombres, las familias y la sociedad en general, lo que incluye las instituciones, las políticas públicas y el personal de salud que las atiende.

En Colombia la maternidad sigue estando en el centro de la vida de la mayoría de la población femenina. Este hecho característico del siglo XVIII persiste tres siglos después, en un contexto social conservador y en creencias religiosas que se expresan en el espacio biomédico con fuerza y continúan dándole un trato desigual a la población femenina, por el hecho de poseer un cuerpo «diferente». En el

fraccionamiento que del cuerpo de las MG ha hecho el discurso biomédico, lo que cuenta es el sistema reproductor, pero específicamente el útero donde se encuentra el feto que se percibe con identidad propia, a tal punto que es más relevante que la mujer embarazada.

Durante la atención en salud de las MG, los/las PS refuerzan los estereotipos de género, naturalizan la gestación y «maternalizan» a las mujeres desde sus propias creencias religiosas o prejuicios, y los revisten de un saber «científico», en la medida en que los/las profesionales de la medicina, pero también de la enfermería y la odontología, se convierten en quienes poseen un conocimiento oficial sobre el cuerpo. Esa situación influye en la medicalización del cuerpo, la salud y la vida. El ejercicio de la autonomía no es lineal, es un proceso a lo largo de la vida y, en ese sentido, es diferente frente a la gestante misma, a la pareja, y al personal de salud. En este ejercicio cuenta la edad, la clase, la identidad sexual, el nivel educativo, la etnia, la religión y el momento histórico en que se vive.

Las mujeres durante la gestación toman decisiones en un proceso asimétrico, por tres razones: 1) ellas se identifican en el último lugar después del hijo o hija por nacer, la pareja y la familia; 2) sobre el cuerpo de las gestantes hay un control y vigilancia permanente por parte de diferentes actores de salud que buscan que el embarazo llegue a «feliz término»; 3) el embarazo trae tan gran cantidad de cambios que las mujeres prefieren ceder su autonomía y evitar el conflicto con el compañero, la familia y los/las PS, ante la presión permanente que ejercen sobre ella en el momento de tomar decisiones.

La perspectiva de género aporta a la bioética el análisis y compresión del conocimiento sobre el manejo desigual, homogéneo y asociado a la «naturaleza», que han tenido las mujeres por

¹⁰⁷ URREA, Fanny. «Las tendencias de la bioética en Suramérica: una primera aproximación». En *Bioética, un campo en construcción. Una aproximación a sus tendencias*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Facultad de Odontología, 2009, p. 115.

¹⁰⁸ AGRA ROMERO, María José. «Las mujeres y la ética». En *Boletín de información y documentación*. Barcelona: Anthropos, Editorial del hombre. N.º 96. Mayo, 1989, p. 60.

el hecho de ser corporalmente diferentes. Esa diferencia está relacionada, en gran parte, por las concepciones y representaciones (en este caso en particular) que de los cuerpos de las MG tienen ellas mismas y el PS. Por lo tanto, en el proceso de la presente investigación, se pretendió, en diálogo género-bioética, ampliar la mirada sobre el cuerpo, para pasar de un cuerpo único a un cuerpo diverso.

3.3 EN TÉRMINOS BIOÉTICA-GÉNERO

El cuerpo ha tenido un interés permanente tanto para la bioética, como para el género. La bioética se ha preocupado por la influencia de los avances tecnocientíficos sobre el cuerpo, y ha generado inquietudes, entre otras, sobre la visión del sujeto. Mientras el género ha mostrado el problema de los cuerpos diferentes, las relaciones de poder y las construcciones sociales que se hacen al interactuar bajo estos elementos, el cuerpo de las mujeres ha tenido una connotación de inferioridad por ser diferente, carente y poco conocido, situación que genera discriminación y estigmatización que llevan a la exclusión.

En primera instancia, los cambios y significados del cuerpo de las MG, de los que hablan tanto ellas como los/las PS, muestran que son transformaciones físicas que se traducen en trasformaciones simbólicas, que hacen que ellas se perciban y sean percibidas de manera diferente, y se ubiquen en la maternidad de manera específica, y resistan o cedan a la adición de responsabilidad y, en muchos casos, a la negación de su autonomía. En segunda instancia, los cambios trascienden lo biológico y transgreden el discurso médico que, contradictoriamente, afirma que el cuerpo de las mujeres está naturalmente preparado para la gestación. En tercera instancia, las transformaciones del cuerpo influyen en el significado de la autonomía y en el ejercicio de esta durante

la gestación, porque los/las PS tienden a ver a las MG como débiles, inseguras, infantiles, o en otros términos «menores de edad y de conocimiento». En esta apreciación, las experiencias de las mujeres frente a la maternidad no son reconocidas, hecho que, en algunos casos, aleja y vulnera a las mujeres del espacio de salud, y en otros, las cosifica. En cualquiera de los casos, no respeta la autonomía de las MG.

El debate de la primera tesis: «El cuerpo de las mujeres es un estereotipo “construido” socialmente, centrado en la maternidad», muestra que los cuerpos de las mujeres son un continuo entre ser mujer y madre, en la medida en que el estereotipo de maternidad relaciona la población femenina con la reproducción. Sin embargo, son las características anatómicas del cuerpo de ellas lo que las define como procreadoras. Además, el lenguaje del cuerpo de las gestantes como «actoras» sociales, se extiende al lenguaje corporal de una sociedad específica, lo que implica que se entrelace la historia individual con la cultura.

Los significados que los/las PS tienen sobre el cuerpo de las gestantes en los espacios de atención en salud, dejan claro que se centra en el sistema reproductor o los riesgos del embarazo. De tal forma, que durante la atención en salud los/las PS convierten el cuerpo de las MG en un cuerpo enfermo, territorio de tensión y disputa permanente que lleva al fraccionamiento del cuerpo de ellas y las cosifica. Y, Adicionalmente, lleva a construir relaciones simétricas o asimétricas que definen, afirman, desvirtúan, respetan o no la autonomía femenina.

Cuando las MG hablan sobre el ejercicio de la autonomía durante el embarazo, le dan prioridad al «bebé» o al «niño», mientras que ellas se ubican en el último lugar. Así, dan al feto en formación estatus de sujeto, y ellas se desdibujan como «sujetas» de derechos, porque ya no

cuentan su autonomía, ya no es de ella, sino de los otros. Igual, ocurre con los/las PS cuando hablan del ejercicio de la autonomía de las MG, pues le dan estatus de sujeto o «ciudadano» al feto en formación, etapa en la que ellos/ellas (PS) se consideran tutores de este, mientras que no reconocen a la gestante como «sujetas» de derechos, lo que justifica que se ejerza presión sobre las MG, y establece relaciones de poder de los/las PS sobre la gestante durante la atención en salud, relación que vulnera la autonomía de las MG.

En esas circunstancias, se evidencia que el ejercicio de la autonomía es un proceso dinámico en permanente construcción que se hace complejo en el espacio de la atención en salud, porque los/las PS no ven a las mujeres como «sujetas» de derecho, no ven en los cambios corporales la fuerza simbólica que re-significa el cuerpo; en este sentido, lo que representa la gestación y la maternidad, tanto en la sociedad en general como en el espacio de salud en particular, donde es casi inexistente la pregunta por la autonomía de las/los pacientes en general.

La presente investigación detectó que las MG están en un doble espacio de subordinación por la construcción del cuerpo femenino y sus significados a lo largo de la historia, y porque durante la atención en salud se establecen relaciones asimétricas que no reconocen a las MG como «sujetas» de derechos.

El debate de la segunda tesis: «Durante la gestación, en la práctica clínica, se establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las MG», muestra que para la bioética y el género, la autonomía es un elemento importante en la visión y construcción de sujetos. Por esa razón, la autonomía ocasionó la crisis del paternalismo, al cuestionar las relaciones asimétricas médico-paciente. Así mismo, los feminismos han resignificado este concepto, unido

al control del cuerpo en lo cotidiano. Bioeticistas feministas plantearon «reconceptualizar» la autonomía, cuando identificaron las relaciones asimétricas que se establecen en la gestación, por recaer sobre la MG una responsabilidad mayor, basada en la superior importancia del feto sobre la MG.

El discurso biomédico continúa anclado en los estereotipos de género con una pobre perspectiva bioética, identificada con la ética del mandato y la obediencia, con normas externas, sin poder vinculante al ser humano, como lo expone Gracia¹⁰⁹, pero, adicionalmente, con una marcada concepción religiosa, que es una impronta a la hora de tomar decisiones sobre la vida y la naturaleza humana, como lo afirma Escobar¹¹⁰. Adicionalmente, Wills¹¹¹ menciona que las solicitudes de las mujeres en Colombia han tenido un lento proceso de reconocimiento por la marcada influencia de la Iglesia católica en las decisiones tanto institucionales como personales, y la manera inflexible como la sociedad maneja la moral privada-pública.

Los planteamientos anotados por Gracia, Escobar y Wills, invitan a la bioética en Colombia a transitar por caminos que reconozcan a los pacientes como sujetos de derecho «generizados», y se supere la visión de la ética del mandato y la marcada impronta religiosa que caracteriza esta zona del mundo.

La categoría «autonomía» como «independencia relacional», proceso que se hace y rehace como un efecto colateral de la acción de dimensiones que incluyen el plano del sujeto consigo mismo y el plano de las relaciones, se

¹⁰⁹ GRACIA. *Op. cit.*, pp. 49-59.

¹¹⁰ ESCOBAR, Jaime. *Panorama de la bioética en Colombia*. *Op. cit.*, pp. 25-42.

¹¹¹ WILLS, María Emma. *Feminismos: ¿Movimientos anacrónicos?* *Op. cit.*, pp. 205.

aplica como concepto en teoría, pero no alcanza a abarcar la magnitud de las vivencias del ejercicio de la autonomía de las MG durante la atención en salud. En conclusión, la categoría construida para la presente investigación permitió entender que la autonomía va más allá de la definición misma que implica una construcción individual-colectiva que se vive de manera diferenciada por la edad, el género, la condición de salud, la clase; que se construye día a día y que en casos como la gestación, se convierte en un espacio transitado por al mujeres en el cual la pérdida de autonomía tiende a ser una constante amparada en prejuicios de género y relaciones de poder, mediadas por el conocimiento biomédico.

El rastreo de la autonomía mostró que el respeto a la autonomía de las MG trasciende el plano individual para entrelazarse en el espacio colectivo en las escalas de justicia que plantea Fraser¹¹²: por una parte, en «el qué» de la justicia con el reconocimiento en lo cultural, la redistribución en lo económico y la representación en lo político, y luego, en «el quién» de la justicia, como intento por redibujar los límites de la justicia a una escala más amplia.

Los hallazgos de la investigación revelaron que el respeto a la autonomía de las MG durante la atención en salud, está mediado por los significados que del cuerpo y la autonomía femenina tienen tanto las MG como los/las PS que las atienden. También evidenció que priman las relaciones paternalistas entre los/las PS-MG, algo característico de la Edad Media y aún vigente, en la medida en que PS posee el conocimiento, y la paciente, en este caso la MG, es vista en términos de Kant¹¹³, como heterónoma, que

requiere legislación desde fuera. El esquema paternalista, dice Sarmiento¹¹⁴, genera conflicto con la autonomía, debido a que, en este caso específico, las MG son consideradas como menores de edad por los/las PS en las decisiones sobre su bienestar, sin tener la posibilidad de razonar ni de elegir, porque son los/las PS quienes deciden por ellas.

También se evidenció la atención en salud de las gestantes como un espacio de tensión entre el control externo de la reproducción (unido al hecho de considerar a esta población como frágil y vulnerable) y el ejercicio de la autonomía de las MG. En ese sentido, para la bioética y el género la atención en salud durante la maternidad se vislumbra como ejercicio de poder, justificado en las estadísticas de morbilidad y en los indicadores de salud materna.

En consecuencia, el diálogo bioética-género en la investigación, reconceptualiza la autonomía de las MG, porque por una parte, la bioética cuestiona el paternalismo en las relaciones PS-paciente en general, y por otra, la perspectiva democrática radical aporta desde la discusión posestructuralista y cuestiona las delimitaciones entre lo público y lo privado, y propone intervenir el plano cultural, para replantear los imaginarios en torno al patriarcalismo.

La globalización y las inestabilidades geopolíticas de la posguerra, plantea Fraser¹¹⁵, están cambiando la forma como se argumenta y se reformula la justicia social, porque se observa que los procesos sociales desbordan las fronteras territoriales. De tal forma, que muchos creen que las posibilidades de tener un mejor modo de vida depende ahora de los procesos

¹¹² FRASER. *Escalas de justicia*. Op. cit., p. 15.

¹¹³ KANT, Emanuel. *Crítica de la razón práctica*. México: Porrúa, 1989, p. 93.

¹¹⁴ SARMIENTO, María Inés. *Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo*. Bogotá: Universidad El Bosque, 2009, pp. 94-95.

¹¹⁵ FRASER, Nancy. *Reframing Justice in a globalizing World*. New left review 36. Nov Dec 2005. pp. 69-88.

que traspasan las fronteras de los Estados territoriales.

Así las cosas, movimientos que luchan por lograr un reconocimiento buscan más allá del Estado territorial, y específicamente en el caso de las mujeres, enfatizan en que los derechos de las mujeres son Derechos Humanos. Situación que se evidencia, cuando se hace alusión a que «...en el derecho internacional el derecho a la igualdad y no discriminación es uno de los pilares fundamentales de los Derechos humanos»¹¹⁶.

Durante el presente trabajo, la investigadora percibió en los tres hospitales públicos de Bogotá donde se desarrolló la investigación, que las prácticas en salud (medicina, enfermería y odontología) se centran en la atención del cuerpo fraccionado de la MG (el cuerpo parcelado no identifica a una «sujeta» de derechos, porque se confunde el cuerpo como objeto y como sujeto) y un discurso biomédico de verdad (el «conocimiento oficial» de los/las PS no tiene en cuenta las creencias y vivencias de las MG que asisten a sus consultas).

El respeto del cuerpo de las mujeres, considerando que el cuerpo les pertenece a ellas, no les pertenece a otros ni a la Iglesia, ni al Estado, ni a la sociedad. Por lo tanto, la toma de decisiones sobre sus cuerpos y lo que pase en ellos, se debe dar en el plano de lo privado, donde ellas puedan tener la posibilidad de decidir. Estos planteamientos afianzaron en la investigadora aún más la idea de lo relevante que era entender el desarrollo de la autonomía de las MG, durante la atención en salud, sobre todo, cuando se observó en el trabajo de campo, que durante la atención en salud los/las PS, revestidos de saber científico, refuerzan los estereotipos de género, al naturalizar la gestación y «maternalizar» a

las mujeres, desde sus propias experiencias, creencias religiosas o prejuicios.

Finalmente, es importante tener presente que la presente investigación abrió interrogantes que invitan a indagar por los temas siguientes: 1) proceso educativo de todos los PS; 2) anclar la boca en el cuerpo; 3) construir nuevos discursos de salud y 4) enfocar la salud transdisciplinariamente, en un sistema, que hoy está fragmentado, en otro en el cual la bioética, el género y la salud colectiva, en conjunto, tienen mucho que aportar.

Bibliografía

- ACHARYA, S. et al. «Oral-health-related quality of the life during pregnancy». En *Journal Public Health Dent*, 2009. Vol. 69. N.º 2.
- AGRA ROMERO, María José. «Las mujeres y la ética». En *Boletín de información y documentación*. Barcelona: Anthropos, Editorial del hombre. N.º 96. Mayo, 1989.
- BANCO MUNDIAL. *Informe anual 2009*. [En línea]. Fecha de consulta 2 de octubre de 2010. Disponible en www.worldbank.org.
- _____. *Informe sobre mortalidad materna en 2005*. [En línea]. [Fecha de consulta 13 de mayo de 2012]. Disponible en <http://www.worldbank.org>.
- BARAK, S. et al. «Evidence of periopathogenic microorganisms in placentas of women with preeclampsia». En *Journal Periodontol*. 2007. Vol. 74. N.º 4.
- BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. *Principios de Ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
- BERGEL, Salvador. «Bioética, cuerpo y mercado». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 2 N.º 1. Enero-junio 2007. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2007.
- BOETZKES, Elizabeth. *Equality, autonomy and feminist Bioethics*. En PURDY, Laura. *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Rowman and Littlefield Publisher, 1999.
- BORDIEU. Citado por LAMAS, Martha. «Género e identidad». En *Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 1995.

¹¹⁶ ROA. Citada por COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. *Op. cit.*

10. BUTLER, Judith. «Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Witting y Foucault». En *Teoría feminista y teoría crítica Valencia*. (1990). Valencia: Institució Valenciana D' Estudis I investigació, 1990.
11. _____. *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis, 2009.
12. DE BEAUVIOR, Simone. *El segundo sexo: La experiencia vivida*. México: Siglo Veinte, 1994.
13. DÍAZ, Rosa María. «Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación». En *Revista ADM*, 2001. Vol. LVIII. N.º 2. Marzo-abril.
14. DINIZ, Débora et al. «La bioética y las mujeres en América Latina: un ensayo biográfico y genealógico». En *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007.
15. EBERSOLE, JL. et al. «Potencial pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications». En *Clin Exp Immunol*. 2010. N.º 162.
16. EMANUEL, Ezekiel J. et al. «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En COUCEIRO. *Bioética para clínico*. Madrid: Colección Humanidades Médicas. N.º 3. 1999.
17. ESCOBAR, Jaime. «Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 2 N.º 1. pp. 33-51. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2007.
18. ESCOBAR, Jaime. «Panorama de la bioética en Colombia. En Problemas de ética aplicada». Colección Bios y Ethos N.º 4. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 1997.
19. ESCOBAR, Jaime. *Dimensiones Ontológicas del cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la Medicina*. Colección Bios y Ethos N.º 2 Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 1997.
20. FOUCAULT, M. Citado por VIVEROS, Mara. «Orden corporal y esterilización masculina». En VIVEROS, Mara y GARAY, Gloria. *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Santafé de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios sociales, CES, 1999.
21. FOUCAULT, Michel. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.
22. FRASER, Nancy et al. *Teoría Feminista y Teoría crítica*. España: Artes gráficas Soler, 1990.
23. FRASER, Nancy. *Escalas de justicia*. Madrid: Herder, 2008.
24. FRASER, Nancy. *Reframing Justice in a globalizing World*. New left review 36. Nov Dec 2005.
25. GARCÍA-ROCO PÉREZ, Óscar y MÉNDEZ MARTÍNEZ, María Josefina. «Historia de la cirugía bucal y maxilofacial». *RevHumMed* 2002, vol.2, n.º 1, p. 5. [En línea]. [Fecha de consulta 10 de agosto de 2012]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100002&lng=es&nrm=iso&tlang=es
26. GRACIA, Diego. *Pasado, presente y futuro de la ética*. En *Memorias 2.º Congreso de bioética de América Latina y del Caribe, Cenalbe*. Bogotá: Tercer Mundo, 1999.
27. _____. Citado por TÁMARA, Liliana. «La relación médico-paciente». En *Experiencias en bioética*. Colección Bios y Ethos N.º 3 Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá: Kimpres, 1997, pp. 167-194.
28. GUBER, Rosana. *La etnografía. Método, campo y reflexibilidad*. Bogotá: Norma, 2001.
29. GUTIÉRREZ, Paula et al. «De la autonomía a la soberanía». En *Revista En otras palabras*. N.º 18. Bogotá: Siglo del Hombre, 2010.
30. HELLER, Agnes. Citada por SÁNCHEZ, O. «El movimiento social de mujeres. La construcción de nuevos sujetos sociales». En Autores varios. *Las mujeres en la historia de Colombia Mujeres, historia y política*. Tomo I. Santafé de Bogotá: Norma, 1995.
31. ILLICH, Iván. *Medical Némesis. The Expropriation of Health*. New York: Pantheon books, 1976.
32. IMAZ, Elixabete. *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Cátedra, 2010.
33. KANT, Emanuel. *Crítica de la razón práctica*. México: Porrúa, 1989.
34. KOTTOW, Miguel. «Bioética en Chile». En *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007.
35. LABRECQUE, Marie. *Metodología feminista e historias de vida: mujeres, investigación y Estado*. En *Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales*. Santafé de Bogotá: Anthropos, 1989.
36. LAGARDE, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres: madres posas, monjas, putas, presas y locas*. 3.ª ed. México: Universidad Autónoma de México, 1997.
37. LE BRETON, David. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.
38. LÓPEZ, Néstor et al. «Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women

- with pregnancy-associated gingivitis». En *Journal Periodontol*, 2005. Vol. 76 N.º 11.
39. LÓPEZ, Oliva *et al.* «Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinomericano de Determinantes Sociales de la salud ALAMES». En *Medicina Social*. 2008. Vol. 3. N.º 4.
 40. LUNA, Javier. «La bioética en Bolivia: antecedentes y proyecciones». En *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Organización Panamericana de la Salud, 2007.
 41. MALAGÓN, Rafael. «La boca como representación». En *Cuerpo diferencias y desigualdades*. Bogotá: Centro de estudios sociales, CES. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia, 1999.
 42. MEYER. Citada por BOETZKES, Elizabeth. «Equality, autonomy, and feminist Bioethics». En *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Oxford, 1999.
 43. MICHALOWICZ, Bryan S. *et al.* «Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth». En *The New England Journal of Medicine*, 2006.
 44. MILL, Jhon Stuart y TAYLOR, Harriet. *Ensayos sobre la igualdad sexual*. Madrid: Machado Libros, 2000.
 45. MONTENEGRO, Gino. «Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública». En *Universitas Odontológica*. Universidad Javeriana, 2011. Vol. 30. N.º 64. Enero-junio, 2011.
 46. NIEVA, Blanca Cecilia *et al.* «Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales». Primera parte. En *Revista Federación Odontológica Colombiana*, 1989. N.º 194. Septiembre-diciembre.
 47. NOVOA, Edgar. «Identidad y bioética: los desafíos en el cambio de milenio». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 2, N.º 1. pp. 93-113. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2007.
 48. O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in Bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2002.
 49. OFFENBACHER, Steven *et al.* «Oral Therapy to reduce Obstetric Risk investigators. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial». En *Obstetric & Gynecology*, 2009. Vol. 14. N.º 3.
 50. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. *Estadísticas sanitarias mundiales* 2012. [En línea]. [Fecha de consulta 13 de marzo de 2013]. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/
 51. ———. *Informe sobre la salud en el mundo 2005*. [En línea]. Fecha de consulta 14 de septiembre de 2006. Disponible en <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>
 52. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS) [En línea]. [Fecha de consulta 14 de agosto de 2012]. Disponible en <http://www.paho.org/hq/>
 53. OVALLE, Constanza. «Pensar la pedagogía crítica para la educación en bioética: asunto crucial en sociedades Latinoamericanas contemporáneas». En *Propuestas y reflexiones para fundamentar la educación en bioética*. Colección Bios y Ethos N.º 28 Universidad El Bosque, Departamento de Bioética. Bogotá: Kimpres, 2011.
 54. PESSINI, Leo *et al.* «Una radiografía de la bioética en Brasil». En *Perspectiva de la bioética en Iberoamérica*. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007.
 55. PINILLA, María Yaneth. «Mujeres viviendo con VIH.: Más allá de una historia». Tesis conducente a la obtención del título de magíster en Estudios de género y desarrollo. Director: César Ernesto Abadía Barrero. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas. Escuela Estudios de Género, 2009.
 56. PURDY, Laura. «Are pregnant women fetal containers?». En *reproducing persons. Issues in feminist bioethics*. Op. cit.
 57. ———. *Reproducing persons issues in feminist bioethics*. New York: Library of Congress. 1996.
 58. RENDTORFF, Jacob Dahl y KEMP, Peter. *Basic Ethical principles in European Bioethics and Biolaw*. Vol. I *Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*. Barcelona: Spain, 2000.
 59. REYES, Adriana. «El enfoque de género como crítica a la conceptualización de la salud como sistema». En SUÁREZ, Roberto. *Reflexiones en salud: una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2001.
 60. ROA, Mónica. Citada por COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sala plena. Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006. MM. PP. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas.

61. ROA, Mónica. Citada por JARAMILLO, Isabel Cristina. ALFONSO, Tatiana. *Mujeres, cortes y medios: Reforma judicial del aborto*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2008.
62. SARMIENTO, María Inés. Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Bogotá: Universidad El Bosque. 2009, pp. 94-95.
63. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. 2010. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Certificado de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales.
64. SEVE, Lucien. Citado por BERGEL, Salvador. «Bioética, cuerpo y mercado». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 2 N.º 1. Enero-junio 2007. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2007.
65. SIMÓN, Pablo. *El Consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela. 2000.
66. _____. *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols. 1999.
67. TAYLOR, Charles. Citado por FRÁSER, N. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición «postsocialista»*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores-Universidad de los Andes, 1997.
68. _____. *El multiculturalismo y «La política del reconocimiento»*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
69. URREA, Fanny. «El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género». En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol.7 N.º 1 pp. 97-110. Bogotá: Universidad El Bosque-Kimpres, 2012.
70. _____. «Las tendencias de la bioética en Suramérica: una primera aproximación». En *Bioética, un campo en construcción. Una aproximación a sus tendencias*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Facultad de Odontología, 2009, p. 115.
71. _____. «Matices de la autonomía en mujeres gestantes en servicios de salud: Un diálogo bioética-género». *Revista Colombiana de Bioética*. Vol.7 N.º 2. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2012, pp. 89-106
72. VALCÁRCEL, Amelia. *La política de las mujeres*. Madrid: Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer, 2004.
73. WILLS OBREGÓN, María Emma. «Colombia siglo XXI Feminismos ¿Movimientos anacrónicos?» En Autores varios. *Colombia cambio de siglo. Balances y Perspectivas. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales-IEPRI*. Bogotá: Planeta, 2000.
74. WILLS, María Emma. «Feminismo y democracia: más allá de las viejas fronteras». En Autores varios. *Análisis político*. Bogotá. N.º 37, 1999.
75. _____. «Mujeres y política (1970-2000): los caminos insospechados hacia una gradual apertura». En Autores varios. *Degradiación o cambio. Evolución del sistema político Colombiano*. Bogotá: Norma, 2002.
76. ZABALA, «Autonomía y acción colectiva en la construcción de sujetas políticas». En *Revista En otras palabras*. N.º 18, pp. 23-32. Bogotá: Siglo del hombre, 2010.