

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

**RESPECTO A LA AUTONOMÍA DE MUJERES GESTANTES EN SALUD
DIÁLOGO BIOÉTICA- GÉNERO.**

FANNY CONSUELO URREA MORA

Universidad El Bosque
Departamento de Bioética

Bogotá D.C, Colombia

2013

**RESPECTO A LA AUTONOMÍA DE MUJERES GESTANTES EN SALUD
DIÁLOGO BIOÉTICA- GÉNERO.**

FANNY CONSUELO URREA MORA

Trabajo de investigación para optar al título de Doctora en Bioética.

Directora

P.h. D., Doctora, CONSTANZA OVALLE GÓMEZ

Línea de investigación:

Bioética y Educación

Universidad El Bosque
Departamento de Bioética

Bogotá D.C, Colombia

2013

Dedicatoria

A mi Madre por su infinito amor, su ejemplo y enseñanzas sobre el respeto y dignidad de la vida.

A mi Padre por su ternura y apoyo.

A Marlen, Carlos, Mauricio, Martha Beatriz e Isabel por su acompañamiento y comprensión.

Agradecimientos

A la Doctora Constanza Ovalle Coordinadora Departamento de Bioética, mi directora de tesis por su asesoría y acompañamiento.

A María Yaneth Pinilla Alfonso Antropóloga, Magístra en estudios de género y desarrollo e investigadora por compartir con generosidad sus conocimientos

Al Doctor Alberto Ruíz Director área comunitaria Facultad de odontología Universidad El Bosque por su estímulo permanente, a la Doctora Gloria Lafaurie Coordinadora del área de investigación Facultad de odontología Universidad El Bosque por el apoyo a esta investigación.

A Alejandra Franco Licenciada en Filología e Idiomas quien fue una valiosa ayuda en la sistematización de la información.

A las mujeres que amablemente compartieron conmigo su experiencia de vida y me enseñaron lo que es llevar a la práctica el ejercicio y respeto a la autonomía durante el embarazo.

A los /las profesionales de la salud (Enfermeras/os, médicos/as, odontólogos/as) que laboran en los hospitales de Usaquén, Suba y Engativá quienes ayudaron desde su práctica profesional y de vida a resolver las inquietudes planteadas en la presente investigación.

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 tienen mujeres embarazadas y profesionales de salud (odontólogos/as, médicos/as y enfermeras/os). Se realizaron 9 grupos focales (GF) y 19 entrevistas semiestructuradas, 9 a mujeres gestantes (MG) y 10 a profesionales de la salud (PsS) que las atienden 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 PsS 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 MG como los/las PsS que las atienden.

Palabras clave: Bioética, Género, Cuerpo, Autonomía, Atención en salud.

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 Secretaria 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. Secretaria Distrital De Salud: Grupo De Investigaciones Secretaria Distrital De Salud. Hospital De Suba – Ese. Hospital De Usaquén – Ese. Hospital De Engativa – Ese. Hospital Simón Bolívar – Ese. Universidad De Chile. Colciencias. 2009. Financiado parcialmente por Colciencias referencia: Grant No 1308-493-26234.

Abstract

A qualitative research was made starting from a dialogue between Bioethics and Gender with the purpose of relating the meanings that pregnant women and health professionals (female and male dentists, physicians and nurses) have about body and the exercise of autonomy. The methodology included 9 focal groups and 19 semi-structured interviews to 9 pregnant women, who were attending the maternity health program, as well as 10 health professionals from Suba, Engativa and Usaquen hospitals that are part of the Northern network of the local health secretary of Bogota between 2010 and 2012.

The analysis made by a parallel perspective, showed agreements and disagreements between two different worlds. On one hand the pregnant women's and in the other, the health professionals' in relation to meanings of maternity, the body, the mouth and the exercise of autonomy during the health attention.

The findings revealed that the respect for autonomy of pregnant women during the health attention is mediated by the meanings of body and female autonomy that both women and health professionals have.

Key words: Bioethics, Gender, Body, Autonomy, Health Attention.

Contenido

Resumen.....	V
Abstract.....	VI
Lista de figuras.....	IX
Lista de tablas.....	X
Lista de fotografías.....	XI
Lista de Abreviaturas.....	XII

Introducción.....	1
1. Capítulo I: El problema de investigación.....	4
1.1 Planteamiento del problema de investigación.....	4
1.2 Justificación.....	8
1.3 Objetivos.....	9
1.3.1 Objetivo General.....	9
1.3.2 Objetivos específicos.....	9
1.4 Referentes teóricos y antecedentes de investigación.....	10
1.4.1 Referentes teóricos	10
1.4.2 Antecedentes de investigación.....	21
2. Capítulo II : Metodología.....	24
2.1 Diseño de la investigación.....	24
2.1.1 Grupos focales.....	24
2.1.2 Entrevistas semiestructuradas.....	25
2.1.3 Etnografía retrospectiva reflexiva.....	26
2.1.4 Diario de campo.....	26
2.2 Fases de estudio.....	26
2.2.1 Fase 1.....	26
2.2.2 Fase 2.....	27

2.2.3	Fase 3.....	27
2.2.4	Fase 4.....	27
2.2.5	Fase 5.....	27
2.2.6	Fase 6.....	27
2.3	Población Objeto.....	28
2.4	Acerca de la etnografía reflexiva retrospectiva.....	28
2.5	El trabajo de campo.....	29
2.6	Consideraciones éticas.....	34
2.7	Limitaciones de la investigación.....	35
3.	Capítulo III: Sobre las mujeres gestantes participantes.....	36
4.	Capítulo IV: Un mundo en paralelo.....	51
4.1	La maternidad: Una puerta de entrada.....	53
4.2	Los cuerpos de las mujeres gestantes: sus cambios y significados.....	60
4.3	¿Dónde está la boca?.....	66
4.4	El respeto a la autonomía de las mujeres gestantes durante la gestación.....	73
5.	Capítulo V: Desarrollo teórico y hallazgos de investigación.....	83
6.	Capítulo VI: Conclusiones	85
6.1	En términos de la bioética se puede concluir.....	88
6.2	En términos del género se puede concluir.....	89
6.3	En términos bioética- género se puede concluir.....	90
Anexos		
Anexo A:	Guía grupo focal diseñado (prueba piloto).....	94
Anexo B:	Consentimiento informado grupo focal.....	96
Anexo C:	Ficha información socio-demográfica.....	99
Anexo D:	Guía grupo focal diseñado.....	100
Anexo E:	Consentimiento Informado para entrevistas semiestructuradas dirigido a mujeres gestantes.....	102
Anexo F:	Guía entrevista semiestructurada a mujeres gestantes.....	103
Anexo G:	Consentimiento Informado dirigida a médicos/as, odontólogos/as, enfermeras/os.....	104
Anexo H:	Guía entrevista personal de salud.....	105
Bibliografía.....		106

Lista de Figuras

Figura 3-1: Número de casos de mortalidad materna por localidad de residencia 2009 – 2011 Bogotá D.C.....	40
Figura 3-2: Casos de mortalidad materna, por grupo quinquenal. Bogotá, D.C., 2008 - 2011.....	41
Figura 3-3: Mapa de las localidades de Bogotá D.C.....	42
Figura 3-4: Mapa de Colombia con departamentos de procedencias de las mujeres gestantes participantes.....	43
Figura 3-5: Aspectos demográficos localidad Engativa.....	44
Figura 3-6: Aspectos demográficos la localidad Suba.....	45
Figura 3-7: Aspectos demográficos localidad Usaquén.....	46
Figura 3-8: Distribución por rango de edad.....	47
Figura 3-9: Distribución por nivel educativo.....	48
Figura 3-10: Personas con las que vive.....	49
Figura 3-11: Distribución por trimestre de gestación.....	49
Figura 3-12: Distribución de las participantes según asistencia a consulta odontológica.....	50
Figura 3-13: Gestantes que asistieron consulta odontológica por localidad.....	50

Lista de Tablas

Tabla 3-1: Agenda de actividades	36
Tabla 3-2: Población abordada.....	39

Lista de Fotografías

Fotografía 1: Autoretrato Gestante 1.....	51
Fotografía 2: Autoretrato Gestante 2.....	51
Fotografía 3: Autoretrato Gestante 3.....	51
Fotografía 4: Autoretrato Gestante 4.....	51
Fotografía 5: Autoretrato Gestante 5.....	53
Fotografía 6: Autoretrato Gestante 6.....	60
Fotografía 7: Autoretrato Gestante 7.....	66
Fotografía 8: Autoretrato Gestante 8.....	73

Lista de Abreviaturas

<i>Abreviatura</i>	<i>Término</i>
ERR	Etnografía Retrospectiva Reflexiva
GF	Grupos Focales
MF	Metodología Feminista
MG	Mujer Gestante
PS	Profesional de la Salud
PsS	Profesionales de la Salud
SDS	Secretaría Distrital de Salud

Introducción

El objetivo de la presente tesis doctoral es relacionar los significados que del cuerpo y la autonomía tienen tanto un grupo de mujeres embarazadas como los/las profesionales de la salud (Enfermeras/os, médicos/as y odontólogos/as) que las atienden en los hospitales de Suba, Engativa 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. 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 SDS”.

La pregunta planteada fue: ¿Cómo la autonomía de las mujeres en gestación esta 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?.

El planteamiento de la pregunta de investigación surge de la atención clínica odontológica realizada a un gran número de mujeres embarazadas en hospitales públicos de Bogotá, de la actividad académica durante varios años, 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 José¹ y del recorrido por la bioética en la Especialización, Maestría y Doctorado.

Las experiencias antes anotadas generaron interrogantes en torno al ejercicio de la autonomía durante la gestación; sobre la posibilidad de elegir asistir o no a una determinada consulta, el motivo y el momento, así como las concepciones que las MG tienen sobre sus cuerpos, su boca, el embarazo y su relación con la atención en salud. De igual manera se cuestionaron las concepciones que los / las profesionales de la salud (PsS) que interactúa en este espacio, tienen sobre las MG, la gestación, el ejercicio de la autonomía y su relación con la atención en salud.

Las categorías propuesta fueron: Autonomía, cuerpo de las mujeres gestantes y atención en salud, bajo la perspectiva bioética-género. Durante el trabajo de campo emerge la maternidad con fuerza y articula las otras categorías. La interpretación de éstas se hace desde una lectura doble para mostrar diálogos en paralelo a través de dos elementos: los encuentros y desencuentros, donde las voces de las mujeres siempre aparecen al inicio.

¹ Sitio de rotación de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

Desde la atención odontológica la boca fue una excusa para hablar del ejercicio y respeto de la autonomía de las MG, de tal forma que plantea avanzar de una mirada de la mujer centrada en la maternidad a una mirada de la mujer integral, no fragmentada, sujeta de derechos.

El tema se desarrolló en seis capítulos: En el primero se expuso el problema de investigación, en el segundo se explica la metodología utilizada, mientras en el tercero se muestran aspectos demográficos de las MG participantes, el cuarto se centró en el análisis de la información, teniendo en cuenta las categorías planteadas y la emergente así: La maternidad: una puerta de entrada. Los cuerpos de las mujeres gestantes: sus cambios y significados. ¿Dónde está la boca?. El respeto a la autonomía de las mujeres gestantes durante la gestación. En tanto en el quinto se contrastan referentes teóricos con hallazgos de la investigación. Para terminar en el sexto capítulo con conclusiones en términos de la bioética, el género y bioética-género.

Metodológicamente es una investigación cualitativa enmarcada en el paradigma comprensivo interpretativo que contó con la participación de 72 MG mayores de 18 años asistentes al programa de atención a la maternidad y 10 PsS (médicos/as, enfermeras /os y odontólogos/as) que laboran en los hospitales de Usaquén, Suba y Engativá. Se utilizó la metodología feminista (MF) de Labreque que busca visibilizar a las mujeres como sujetas de derechos. Las herramientas metodológicas empleadas fueron: grupos focales (GF), entrevistas semiestructuradas, etnografía reflexiva retrospectiva (ERR)² y diario de campo.

El diálogo bioética-género fue posible gracias al interés compartido por el cuerpo y la autonomía. A la bioética le preocupa la intervención de los avances tecno científicos en el cuerpo generando inquietudes en virtud de las transformaciones corporales, donde se entrecruza el deseo con la necesidad y se desdibuja el sujeto. En tanto el género ha mostrado el problema de los cuerpos diferentes: el cuerpo de las mujeres ha tenido una connotación de inferioridad por ser diferente, carente y poco conocido, situación que genera discriminación y estigmatización, en consecuencia lleva a la exclusión de la población femenina.

Por otro lado, la autonomía para la bioética y el género 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. Mientras que bioeticistas feministas plantean “reconceptualizar” la autonomía por las relaciones asimétricas que se establecen en la gestación al recaer sobre la MG la mayor responsabilidad, basados en una mayor relevancia del feto que de la misma MG.

Sin embargo, la mirada de la bioética sobre los sujetos y sobre lo que ocurre con el respeto a la autonomía de ellos es unificada, es decir, no ve diferencias entre hombres y mujeres. Por lo tanto, a pesar de que la esencia de la bioética es el reconocimiento del sujeto, no lo reconoce como generizado, por la falta de la perspectiva de género que se convierte en uno de los aportes de la presente investigación.

² Según Guber la etnografía como concepción y práctica de conocimiento tiene como objetivo comprender los fenómenos sociales desde los actores mismos. Mientras la reflexividad equivalente a la conciencia del investigador acerca de su persona y condicionamientos políticos y sociales. Y lo retrospectivo tiene que ver con quien investiga habla desde su propia experiencia. Cfr, GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Norma, 2001. pp.48-49.

El diálogo bioética – género enriqueció el panorama de la investigación y a través de encuentros y desencuentros entre las MG y los /las PsS mostró que: el tránsito por la gestación y la maternidad es un complejo proceso personal, biológico y social, con un enorme componente biomédico. Los cambios corporales son vistos desde dos mundos diferentes el de las MG y el de los/las PsS, dichas transformaciones trascienden lo biológico y trasgreden el discurso médico. La boca y la salud oral no se encuentran para las MG dentro de sus prioridades, intereses o preocupaciones. El ejercicio de la autonomía es un proceso dinámico en permanente construcción que se hace complejo en el espacio de la atención en salud por las relaciones paternalistas que se establecen entre las MG y los/las PsS.

Esta tesis doctoral contribuye a construir teoría entre la bioética y el género en la medida en que la diada profundizó y contextualizó el problema a investigar y 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 MG como los/las PsS que las atienden. El cuerpo como construcción simbólica es un territorio de tensión y disputa permanente que lleva a construir relaciones simétricas o asimétricas que definen, afirman, desvirtúan, respetan o no la autonomía femenina. La categoría autonomía construida bajo la óptica de la bioética y el género para la presente investigación como: “independencia relacional” es dinámica en permanente transformación, proceso que se hace y rehace como un efecto colateral de la acción bajo dimensiones que incluyen el plano del sujeto consigo mismo y el de sus relaciones.

1. Capítulo I: El problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema de investigación

La salud de las MG es una preocupación mundial como lo revela el informe de la OMS según el cual durante el 2005³ hubo 1.500 muertes maternas diarias, la mayoría en países en desarrollo. Según ese mismo organismo la principal causa de complicación relacionada con el embarazo o el parto en el 2008⁴, fue la falta de acceso de las embarazadas a una atención de calidad antes, durante y después del parto. Por su parte, el Banco Mundial en su informe del 2009⁵ 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.

Un año después la OMS⁶ registra 21.3000 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) ha disminuido un 3.1% anual. Esta cifra se encuentra lejos de la propuesta de 5.5% necesarias para lograr la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Según ese mismo organismo entre 2005 y 2011 solo el 55% de mujeres recibieron las cuatro consultas mínimas recomendables dentro de la atención prenatal.

Por su parte, América Latina y el Caribe en el 2005⁷ presentaron una razón de mortalidad materna de 130 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, después de África Subsariana, Asia Meridional y Norte de África. En estos casos el riesgo de muerte se incrementa en el parto porque las mujeres se encuentran desnutridas o tienen enfermedades crónicas, como ocurre en poblaciones pobres de América Latina y el Caribe.

³ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>

⁴ OMS. 10 datos sobre la salud materna. 2010. http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/

⁵ BANCO MUNDIAL. Informe anual 2009. Reseña del ejercicio www.worldbank.org. Washington, D.C. EEUU.

⁶ OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/

⁷ BANCO MUNDIAL. Informe sobre mortalidad materna en 2005. <http://www.worldbank.org>. Washington, D. C. EE. UU.

En septiembre 2011 la OPS⁸ muestra una reducción en las tasas de mortalidad materna en la región de las Américas. Sin embargo, de las 9.500 muertes registradas en el 2010; 95 % de ellas eran prevenibles. Pero además, 748.000 embarazadas no recibieron atención médica prenatal en una institución de salud. Considera entonces el organismo internacional necesario entre otras acciones disminuir las inequidades para el acceso a servicios de salud y empoderar a las mujeres en la toma de decisiones sobre ese aspecto.

Como se ve la disminución de la mortalidad en la región es un compromiso inaplazable un imperativo moral y una prioridad al identificarse como un problema de salud pública. El imperativo moral tiene que ver con los Derechos Humanos de las mujeres por ser sujetas de derechos. Por lo tanto la preocupación desde la salud pública debe ir encaminada en primer lugar a reconocer a las mujeres como ciudadanas con derechos, quienes por sus condiciones físicas, culturales y económicas en un momento dado pueden estar en riesgo de morir. El que la vida de las gestantes este en juego debe generar inquietudes a la bioética, al género y a la corriente de la Medicina Social-Salud Colectiva Latinoamericana que 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 tienen injerencia en la salud, la enfermedad y atención de las poblaciones en general⁹.

En cuanto a Bogotá en el 2005¹⁰ se reportó 94.2% de mortalidad materna por causas obstétricas siendo la principal el trastorno hipertensivo del embarazo o preclampsia. En el 2007¹¹ la mortalidad materna fue 60 mujeres por cada 100 mil partos. Mientras que 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 39.1¹². Aún así ese año murieron 43 mujeres, debido no solo a la inequidad en salud sino social; esta situación desde la salud colectiva¹³ plantea la relación con problemas de justicia social, de tal forma que permite entender la articulación salud enfermedad con los procesos sociales.

Algunos riesgos de complicación durante la gestación son: enfermedades de transmisión sexual, patologías infecciosas relacionadas con el sistema genitourinario e infecciones asociadas a enfermedad periodontal¹⁴ con preclampsia¹⁵, bajo peso al nacer¹⁶ y parto pretermino¹⁷ entre otros.

⁸ Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS) 27 de Septiembre de 2011 <http://www.who.int/Whr/>. Washington, D.C.

⁹ LOPEZ, Oliva, Et al. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. En Medicina Social. 2008. Vol.3.No.4.p.328.

¹⁰ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. 2002. Áreas de Análisis y políticas de la oferta.

¹¹ www.saludcapital.gov.co. (Consulta: 23 noviembre 2006)

¹² SECRETARIA 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.

¹³ LOPEZ, O. Op. cit., p.324.

¹⁴ EBERSOLE, JL. Et al. Potencial pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. En: Clin Exp Immunol. 2010. 162.pp. 550-559.

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 morbi-mortalidad materna. Se considera que el acceso oportuno y la atención de calidad¹⁸ a los servicios de salud ayudan a prevenir los riesgos¹⁹ y complicaciones antes mencionados. En este aspecto es pertinente tener en cuenta los argumentos de Fraser²⁰ 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, independiente 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.

El planteamiento de este proyecto de investigación surge de la experiencia previa con 83 MG que asistieron a la consulta odontológica como parte de la atención prenatal entre 2003 y 2005 en el Centro Asistencial Ricaurte San José.

En este trabajo se entrevistó a profundidad a tres de las 83 mujeres, quienes hicieron las siguientes afirmaciones respecto de la maternidad, su cuerpo y la atención en salud:

“Yo me confíe porque estaba planificando, ahora me siento sola, ahora la empeoré quedando embarazada”. Rita²¹ 38 años, segundo trimestre de gestación.

“Antes no iba al médico, ahora es muy importante por el bebé... Si siento algo que me duela inmediatamente voy al médico”. María, 23 años, segundo trimestre de gestación.

“Yo iba a seguir estudiando pero cuando supe del embarazo, mi esposo me dijo que ya no siguiera estudiando ni trabajando porque tenía que cuidarme”. Rosa, 21 años, segundo trimestre de gestación.

“Antes me arreglaba mucho, me pintaba el pelo, me lo cepillaba, ahora no me dan ganas de arreglarme. No veo como razón de arreglarme, antes le

¹⁵ BARAK, S. et al. Evidence of periopathogenic microorganisms in placentas of women with preeclampsia. En: Journal Periodontol. 2007. Vol. 74.No. 4. pp. 670-676.

¹⁶ 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 No. 11. pp.2144-2153.

¹⁷ MICHALOWICZ, Bryan S. et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. En: The New England Journal of Medicine, 2006. pp. 1885-1894

¹⁸ ACHARYA, S. et al. Oral-health-related quality of the life during pregnancy. En: Journal Public Health Dent, 2009. Vol. 69.No. 2. pp.74-77.

¹⁹ 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.No.3. pp. 551-559.

²⁰ FRASER, Nancy. Escalas de justicia.Espana: Herder, 2008.pp.178-184.

²¹ Los nombres de María, Rosa, Rita son seudónimos para proteger la identidad de las mujeres entrevistadas.

encontraba sentido por la forma del cuerpo. La familia me dice que ya no me arreglo”. María, 23 años, segundo trimestre de gestación.

“Antes del embarazo era delgadita, me colocaba blue jeans descaderados y blusas cortas, pero ahora tengo sensación de asfixia, mareos y nauseas... Llegué a la consulta odontológica porque la jefe me envió”. Rosa, 21 años, segundo trimestre de gestación.

Desde la mirada biomédica se encontró que estas MG llegaron a la consulta odontológica a partir del segundo trimestre del embarazo remitidas por la enfermera coordinadora del programa, situación que evidenció que las MG acudieron a la consulta odontológica tardíamente y dirigidas exclusivamente por el personal de salud, ninguna expresó deseo propio, necesidad o derecho de asistir. Este último hecho generó interrogantes en torno al ejercicio de la autonomía durante la gestación; sobre la posibilidad de elegir asistir o no a una determinada consulta, el motivo y el momento, así como las concepciones que ellas tienen sobre sus cuerpos, el embarazo y su relación con la atención en salud. De igual manera cuestionan las concepciones que los/las PsS, que interactúa en este espacio, tienen sobre las mujeres, la gestación, el ejercicio de la autonomía y su relación con la atención en salud.

En este contexto la Bioética desde sus inicios, ha promovido ver a los pacientes como sujetos de derechos y entre éstos relieves 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.

Lo anterior, permite plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo la autonomía de las mujeres en gestación esta mediada por los significados que del cuerpo de las MG 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 SDS de Bogotá?.

Y dos tesis dentro de 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 Roa²² que considera a la mujer como producto de un imaginario social exclusivamente para la reproducción. Pero además, esta concepción está basada en propuestas de autores como John Stuart Mill²³ y Simone de Beauvoir²⁴.

²² ROA, Mónica. Citada por COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sala plena. Sentencia Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006. MM. PP. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas.

²³ Mill desde 1869, pone en discusión el concepto de la “naturaleza femenina” al afirmar que este era el resultado del contexto histórico, cultural y social. Cfr, MILL, Jhon Stuart y TAYLOR, Harriet. Ensayos sobre la igualdad sexual. Madrid: Machado Libros, 2000. p. 145.

²⁴ Simón de Beauvoir, habla de la subordinación de la población femenina como una construcción cultural con los estereotipos masculino y femenino al afirmar que: la mujer 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

La segunda tesis se deriva de la anterior: 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 morbi-mortalidad materna. Esta segunda tesis está soportada en planteamientos de Foucault²⁵, Laura Purdy²⁶, Elizabeth Boetzkes²⁷ y Mónica Roa²⁸.

1.2 Justificación

Plantear y desarrollar este problema en una tesis doctoral permite en primer lugar dar nuevas respuestas a la manera de afrontar la morbi-mortalidad materna, más allá del problema en términos meramente epidemiológicos. Al ampliar el conocimiento del personal de salud desde una mirada bioética- género de las gestantes como sujetas de derechos se puede ver lo complejo que significa entrelazar el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y los derechos de las mujeres.

En segundo lugar, es un reto identificar y reconocer, cómo las MG viven su autonomía a través de elegir y decidir 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 convierta en una excusa para hablar de los derechos de las mujeres, no sólo en la etapa de la gestación, sino a lo largo

quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino”. *Cfr*, DE BEAUVOIR, Simone. El segundo sexo. 2. La experiencia vivida. México: Ediciones Siglo Veinte, 1994. p.15.

²⁵ Según Foucault citado por Viveros en las sociedades modernas el poder tiene un claro objetivo: el cuerpo y, además, el conocimiento están ligados con el poder y éste se evidencia en las prácticas sociales como la Medicina y la implantación de nuevas tecnologías entre otras. *Cfr*, VIVEROS, Mara. Orden corporal y esterilización masculina. En VIVEROS, Mara y GARAY Gloria. Cuerpo, diferencias y desigualdades. Santa fé de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios sociales, CES. 1999.p.165.

²⁶ Purdy considera que el control sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas se establece cuando las presionan para que actúen por el bienestar de los fetos, porque para la sociedad éstos son más importantes que la mujer gestante. Asimismo, sostiene que el embarazo no se parece a ninguna otra relación humana, ya que a ésta se le conceden implicaciones morales. *Cfr*, PURDY, Laura. Reproducing persons issues in feminist bioethics. New York: Library of Congress. 1996. p. 247.

²⁷ Boetzkes dice que 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. *Cfr*, 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.

²⁸ Roa afirma que cuando se decide por ella es: “arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla” *Cfr*, JARAMILLO, Isabel Cristina. ALFONSO, Tatiana. Mujeres, cortes y medios: Reforma judicial del aborto. Bogotá: Siglo del Hombre Editores. 2008. p.65.

de la vida de éstas, toda vez que la boca parafraseando a Butler²⁹ es la parte del cuerpo que con el lenguaje y la comunicación se constituye y reclama el ser sujeta. De tal forma que sea posible avanzar de una mirada de la mujer centrada en la maternidad a una mujer integral, no fragmentada.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

Comprender los significados que las MG y los/ las PsS tiene 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 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar los significados que las MG tienen sobre su cuerpo y la relación de éste 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 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.
2. Determinar los significados que los / las PsS 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 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.
3. Comprender cómo los / las PsS 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 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

²⁹ BUTLER, Judith. Lenguaje, poder e identidad. Madrid: Editorial síntesis, S.A.2009.p.21.

1.4 Referentes teóricos y antecedentes de investigación

1.4.1. Referentes teóricos

A continuación se profundizará en cada uno de los siguientes aspectos: bioética, autonomía, género, cuerpo de las MG y atención en salud, los cuales son considerados la columna vertebral de la presente investigación. La selección de las categorías antes anotadas se relaciona con la manera de elaborar el problema de investigación que inicia por: indagar sobre los significados que tiene para las MG y los/las PsS la boca y el cuerpo de las MG, para luego preguntar a ellos y ellas por el significado, el ejercicio y respeto a la autonomía como independencia relacional en ese grupo de población en el contexto de la atención en salud visto como el ámbito donde se desarrolla el discurso biomédico. Para visualizar, profundizar, analizar y debatir se decide hacerlo desde un diálogo bioética –género; dado el trabajo paralelo de los dos conocimientos sobre el cuerpo y la autonomía bajo una visión contemporánea. Cabe resaltar que a lo largo de todo el trabajo la intelectual feminista estadounidense Nancy Fraser³⁰ está 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 y con el punto de vista de la investigadora.

■ Bioética

La bioética dentro de 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 MG en los hospitales públicos de Suba, Usaquén y Engativá de la red Norte de la SDS de Bogotá, desde las voces de mujeres a nivel del mundo. Hablar desde las voces de las mujeres es reconocer que existen diferentes formas de pensar, actuar y de comportarse; es decir hay heterogenicidad y diversidad de pensar y actuar en las mujeres.

La decisión de desarrollar el problema de investigación desde la bioética donde las mujeres ocupan un lugar central se debe a que durante la atención odontológica a gestantes se reforzó la idea de las relaciones asimétricas que se establecen durante la atención en salud. Los debates y discusiones durante los primeros semestres del doctorado en los seminarios de: Problema contemporáneos y luego en las áreas de investigación: Bioética y Salud, Bioética y Educación, cuestionaron permanentemente a la investigadora qué ocurría con la autonomía de las MG y enriquecieron la discusión sobre el tema. Pero además la perspectiva de las voces de mujeres en el mundo abre un nuevo camino para recorrer dentro de la bioética.

Según Escobar³¹ existen diferentes tendencias de la bioética a nivel mundial, en Norteamérica por ejemplo se reivindica el derecho a la autonomía de los pacientes, allí éste emerge como sujeto

³⁰ Fraser es profesora de ciencias políticas y sociales en la New School for Social Research de la New School University de New York. Ella ha replanteado la justicia bajo una perspectiva de género, también ha enriquecido la tradición democrática liberal sustentándose en la teoría feminista, la teoría crítica (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) y el pos-estructuralismo, cuestionando los límites de lo privado y lo público.

³¹ ESCOBAR, Jaime. Panorama de la bioética en Colombia. En: Problemas de ética aplicada. Colección Bios y Ethos No. 4 Universidad El Bosque, Santa Fe de Bogotá: Kimpres, 1997.pp. 25-42.

moral. 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 Gracia³² la ética anglosajona se centra en la autonomía, 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.

Si bien es cierto que la bioética Latino americana ha tenido una gran influencia de los otros continentes, y ha extrapolado sus experiencias especialmente en la resolución de dilemas del ámbito clínico médico basados en el principialismo, casuística y decisionismo³³ como la muerte digna y la preocupación por los avances biotecnológicos. 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 plantean incluir las realidades y contextos del sur del continente con propuestas como: una bioética de intervención³⁴ con agenda social de los países en desarrollo. Reorientar³⁵ los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Bioética de protección³⁶ busca resguardar a los marginados y excluidos. La pedagogía crítica para la educación en bioética considerada fundamental en Latinoamérica³⁷.

Dentro de ese desarrollo de la bioética en tiempos recientes se encuentra la bioética feminista, como una herramienta analítica y política. Esta tendencia es relevante en la medida que aporta una perspectiva desde las mujeres que busca profundizar sobre la problemática que vive la población femenina en el mundo actual. Específicamente en América Latina 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 reproductiva³⁸.

En consecuencia, se requiere debatir desde diferentes ámbitos la autonomía de las MG empezando en este caso por las relaciones que se establecen entre las MG y los/las PsS durante la atención en

³² GRACIA, Diego. Pasado, presente y futuro de la ética. En: Memorias 2º. Congreso de bioética de América Latina y del Caribe, Cenalbe. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1999. pp. 49-59.

³³ ESCOBAR, Jaime. Panorama de la bioética en Colombia. Op. cit., p.34.

³⁴ 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.

³⁵ 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.

³⁶ KOTTOW, Miguel. Bioética en Chile. En: Perspectivas de la bioética en Iberoamérica. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007. pp. 11-120.

³⁷ 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 No. 28 Universidad El Bosque, Departamento de Bioética. Bogotá: Kimpres, 2011. pp. 17-39.

³⁸ 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.

salud. Dado que la bioética propone pasar del paternalismo reinante en el ámbito clínico al reconocimiento y respeto por la autonomía del paciente³⁹. Pero también por las reflexiones de Agra Romero quien desde una mirada histórica a la ética sobre la participación de las mujeres afirma que: "... ha sido más bien exigua, por no decir que nula..."⁴⁰. Este hecho se encuentra asociada a la exclusión de la población femenina durante siglos de la academia por tener que cumplir función reproductora. Ahora bien, en este momento se evidencia la necesidad que cada vez más mujeres y hombres participen, debatan, escriban sobre temas de ética y bioética con una perspectiva de género.

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 PsS no tiene en cuenta las creencias y vivencias de las MG que asisten a sus consultas).

■ Autonomía

En esta investigación la categoría autonomía permite aproximar a la investigadora a entender el entramado que conlleva el ejercicio y respeto de la autonomía de las MG en la interacción con los/las PsS durante la atención en salud. La investigación muestra que priman las relaciones paternalistas entre los/las PsS –MG característico de la Edad Media y continua vigente, en la medida en que PsS posee el conocimiento y la paciente, en este caso la MG, es vista en términos de Kant⁴¹ como heterónoma, que requieren legislación desde fuera. El esquema paternalista genera conflicto con la autonomía, debido a que en este caso específico las MG son consideradas como menores de edad por los/las PsS en las decisiones sobre su bienestar, sin tener la posibilidad de razonar ni de elegir, porque son los/las PsS quienes deciden por ellas.⁴²

Es relevante en esta investigación que al entrar a analizar lo que pasa con la autonomía en la interacción MG –PsS en la atención clínica desde una perspectiva de la bioética principalista la autonomía se vincula con lo individual. Pero durante la investigación al mostrar los encuentros y desencuentros que se dan entre los/las PsS 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, las MG en la presente investigación hacen visible lo complejo y problemático que es la construcción de autonomía en ellas. Adicionalmente aquí se muestra que la autonomía desde el principalismo tiene

³⁹ 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.

⁴⁰ AGRA Romero. María José. Las mujeres y la ética. En: Boletín de información y documentación. Barcelona: Anthropos, Editorial del hombre. No. 96 (mayo), 1989. p. 60.

⁴¹ KANT, Emanuel. Crítica de la razón práctica. México: Porrúa, 1989. p. 93.

⁴² SARMIENTO, María Inés. Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Bogotá: Universidad El Bosque, 2009. pp. 94-95.

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 PsS asociadas a los significados sobre la maternidad y el cuerpo de ellas. Por tal razón fue necesario construir una categoría de autonomía para el desarrollo del presente trabajo.

Los referentes teóricos para construirla fueron tomados de la reflexión sobre matices de la autonomía⁴³. Para la autora la autonomía es un concepto relevante en la bioética y el género. En la bioética ha existido preocupación porque la y el paciente no esté subordinado a la figura paternalista tradicional de los profesionales del área de la salud. Con la entrada de la autonomía a la bioética se genera una crisis del paternalismo, al cuestionar las relaciones interpersonales entre los PsS y los/ las pacientes. En la perspectiva bioética, la autonomía es un fenómeno cultural, político y social que busca la transformación de las relaciones humanas, se trata de una dinámica socio política que llega tarde a la relaciones médico-paciente precisamente cuando los avances tecno científicos ponen sobre la mesa dilemas bioéticos⁴⁴, 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, para los movimientos feministas como movimientos sociales y el género como instrumento analítico que surge en la década de los 80 han buscado el reconocimiento y respeto de la autonomía de las mujeres, en todos los ámbitos de la vida de la población femenina.

La autonomía bajo una perspectiva contemporánea bioética-género para esta investigación 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 bajo 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 otros dentro de la independencia relacional. La configuración de esta categoría surge de los aportes sustanciales de: Pablo Simón Lorda, Onora ‘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 principialismo al referirse a la autonomía. Con otros matices lo que se pretende es ampliar el significado de la categoría rastreando el concepto de esta hasta llegar a la bioética tomando autores y autoras de diferentes latitudes.

Para Onora O’Neill⁴⁵ 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, por lo tanto la autonomía individual no es cuestión de mera independencia. Para ella la autonomía tiene que ver con el derecho a escoger⁴⁶.

⁴³ URREA, Fanny. Matices de la autonomía en mujeres gestantes en servicios de salud: Un diálogo bioética-género. Revista Colombiana de Bioética. Vol.7 No.2 pp.89-106. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2012.

⁴⁴ SIMÓN, Pablo. Problemas prácticos del consentimiento informado. Barcelona: Fundación Victor Grífols, 1999. p.21.

⁴⁵ O’NEILL, Onora. Autonomy and trust in Bioethics. New York: Cambridge University Press, 2002. pp. 28-75.

⁴⁶ Ibid., p.28-75.

Por su parte, Laura Purdy⁴⁷ 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 dentro de ellas. La autora enfatiza en la importancia del respeto por los derechos como agentes morales para controlar los cuerpos en una sociedad liberal, por lo tanto los intereses de las MG deben recibir el mismo respeto que el de cualquier persona. Más aún, cuando las mujeres embarazadas deben tomar decisiones acerca de tratamientos médicos recomendado para ellas y sus fetos con consecuencias que generan dilemas difíciles de resolver porque, a veces una alternativa que es buena para ella, puede ser perjudicar para el feto.

Según Meyer⁴⁸, la autonomía no es un proyecto privado de un ser liberado, auto monitoreado; allí se combina el reconocimiento de que los seres humanos son construidos socialmente con el argumento de que la autonomía se conforma con una serie de habilidades alcanzables y significativas como son: el auto-descubrimiento, la auto-definición y la auto-dirección, las cuales no pueden ejercerse privadamente, pues necesitan modelos en el mundo público para desarrollar la competencia como una persona autónoma.

Mientras, la filósofa Española Valcárcel⁴⁹ considera que la autonomía se debe ver como un efecto colateral de la acción, de tal forma que son las acciones que se realizan son las que convierten a un persona en autónomas.

Las concepciones del cuerpo de las mujeres en gestación se convierten en una tensión permanente que lleva a que otros y otras tomen decisiones por ellas, de tal forma que en este período, en particular, instituciones y personas deciden por ellas, acto que significa en palabras de Roa: “arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla”⁵⁰ 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. Bajo esa perspectiva la categoría autonomía reta a los/las PsS 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.

▪ Género

El género en este trabajo hace referencia a las construcciones culturales de lo femenino y masculino, es decir, que se extiende de lo puramente biológicos a procesos históricos que evidencian según Wills⁵¹ el poder asimétrico en las relaciones entre los hombres y las mujeres. En la presente

⁴⁷ PURDY, Laura. Are pregnant women fetal containers? En: Reproducing persons. Issues in feminist bioethics. Op. cit., pp. 88-107.

⁴⁸ MEYER. Citada por BOETZKES, Elizabeth. Equality, autonomy, and feminist Bioethics. En *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Oxford, 1999. pp.124-139.

⁴⁹ VALCARCEL, Amelia. La política de las mujeres. Madrid: Universidad de Valencia. Instituto de la mujer, 2004. p.235.

⁵⁰ JARAMILLO, Isabel Cristina. ALFONSO, Tatiana. Op. Cit., p.65.

⁵¹ WILLS OBREGON, 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. p.242.

investigación se contempla la mirada y las voces de las mujeres, teniendo en cuenta que se buscó visibilizarlas a ellas.

El proceso de construcción cultural es relevante en la teoría feminista, porque implica modificar los viejos conceptos basados en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres que inciden en las jerarquizaciones y valoraciones de los individuos en razón del sexo, para pasar a analizar desde lo cultural las interacciones y las relaciones de poder entre ellos y ellas, replanteando las visiones de lo masculino y femenino.

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, dentro de contextos específicos, tanto para las mujeres como para los hombres. De tal manera que para Heller: "...El feminismo fue, y sigue siendo, la más importante revolución social de la modernidad. Una revolución social es siempre una revolución cultural"⁵².

En ese sentido más que una metodología el género es una categoría relacional que surge en los años 70 del siglo pasado en los Estados Unidos y luego se extiende a Europa, con la idea de que lo femenino y lo masculino son construcciones culturales y no hechos biológicos. El primer objetivo de los estudios de género es desmontar que lo biológico determina lo femenino, tomando el resurgir del movimiento feminista.

Con la identificación del patriarcalismo como una ideología surge el feminismo como una propuesta, mientras que el género emerge como un cuestionamiento, como una categoría relacional en la que pone a las mujeres en relación con los hombres. 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.

Cuando se habla que el pensamiento feminista es un campo muy amplio en el cual hay diversidad más que la unidad, tiene que ver con el hecho de que no existe una esencia femenina (el esencialismo hace referencia en el caso de las mujeres con una misma "naturaleza" que es compartida, permanente, invariable, indispensable, sustancial dada por su condición biológica). En ese sentido, no se puede hablar según Wills⁵³ de que todas las mujeres comparten necesidades, sueños y valores iguales ni tampoco intereses comunes en temas como el aborto, la ecología, etc. Y 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 dentro de contextos específicos.

Dadas estas condiciones y características es posible entender la diversidad, la pluralidad de conceptos, de imaginarios, de representaciones, que las mujeres y los hombres construyen, es decir,

⁵² 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: Editorial Norma, 1.995. p.390.

⁵³ 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.

no hay una sola forma de vida o un solo patrón de comportamiento, sino que existen diferentes expresiones o dimensiones de vida, de identidades.

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 afianzan en la investigadora aún más la idea de lo relevante que es entender el desarrollo de la autonomía de las MG durante la atención en salud en la presente investigación, sobre todo cuando se observa en el trabajo de campo que durante la atención en salud los/las PsS refuerzan los estereotipos de género al naturalizar la gestación y “maternalizar” a las mujeres, desde sus propias experiencias, creencias religiosas o prejuicios, revistiéndolos de saber científico.

Con el fin de aclarar dónde se enmarcan los conceptos antes anotados, a continuación se enuncian las tres tendencias de los feminismos⁵⁴: Feminismo democrático radical, liberal y marxismo feminista. En el feminismo liberal su lucha se centra en el derecho. La corriente feminista democrática radical se ubica entre el feminismo liberal y el marxismo plantea intervenir el plano cultural para replantear imaginarios en torno al patriarcalismo, porque no considera suficiente el ámbito del derecho. Esta corriente piensa que la democracia es el terreno apropiado para las revoluciones, las cuales pueden ampliar los derechos tanto individuales como colectivos de los denominados grupos excluidos. Mientras que el marxismo feminista enfatiza en las contradicciones el mercado, plantea que las revoluciones orientadas podrían empezar a gestar individuos con ideas emancipadoras, de esa manera se solucionarían conflictos sociales.

Según Wills⁵⁵ de las tres movilizaciones, la feminista democrática radical (F.D.R) toma elementos de la teoría post-estructuralista⁵⁶ y aporta desde el feminismo elementos de análisis innovadores y transformadores a las concepciones de la democracia clásica. Se interroga sobre las ideas liberales, sobre las delimitaciones de lo público y lo privado.

En este sentido la perspectiva de género aporta a la bioética en el análisis y comprensión del conocimiento sobre el manejo desigual, homogenizante y asociado a la “naturaleza” que han tenido las mujeres, por 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 personal de salud. Por lo tanto dentro del proceso de la presente investigación se pretende en diálogo género-bioética ampliar la mirada sobre el cuerpo, para pasar de un cuerpo único a un cuerpo diverso.

⁵⁴ WILLS, María Emma. Feminismo y democracia: más allá de las viejas fronteras. En: Autores varios, Análisis político, Bogotá. No. 37. 1.999. p.18-20.

⁵⁵ Ibid., p.19.

⁵⁶ Teoría post-estructuralista: Según el artículo de María Emma Wills: “Feminismos y democracia: más allá de las viejas fronteras” (1.999), 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.

Por todo lo anteriormente anotado cuando se cuestiona si los feminismos son movimientos anacrónicos, la respuesta de la investigadora es un rotundo no. Porque mientras persista lo que plantea Wills del “sesgo estructural”⁵⁷ que de manera sutil discrimina a las mujeres y se evidencia en hechos como: mayor desempleo femenino (23.2%), diferencias salariales entre hombres y mujeres (39 a 44% desfavorable para las mujeres), violencia intrafamiliar contra las mujeres (81%), abandono de la escuela por parte de las jóvenes (18%) para cumplir el rol de madre. Se considera que existen razones suficientes para que los movimientos feministas con toda la filosofía política acumulada continúen luchando. En ese sentido la bioética al lado del género 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 a futuro nuevas propuestas que permitan superar las situaciones de exclusión (fenómeno socio-cultural) de las mujeres a la luz de los Derechos Humanos.

En consecuencia el diálogo bioética-género en este trabajo de investigación contextualizo el problema de investigación que lleva a reconceptualiza la autonomía de las MG, porque por una parte la bioética cuestiona el paternalismo en las relaciones PsS-paciente en general. Por su parte la perspectiva democrática radical género desde aporta desde la discusión postestructuralista y de democracia radical cuestiona las delimitaciones entre lo público y lo privado intervenir el plano cultural para replantear imaginarios en torno al patriarcalismo.

Cuerpo de las mujeres gestantes

Para la presente investigación el cuerpo de las MG se contempla con una visión amplia bajo la diada bioética-género e incluye 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 son tomados de la reflexión realizada por Urrea⁵⁸, allí se tiene en cuenta lo que dice Escobar: “no se puede ignorar la capacidad simbólica del cuerpo de relacionar las cosas y los seres”⁵⁹. Igualmente bajo esa perspectiva el cuerpo se ve como un lugar del quehacer de la Bioética, como un ámbito estratégico de sentido⁶⁰.

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 tecno científicos 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 convirtiendo el cuerpo en objeto

⁵⁷ WILLS, María Emma. Colombia siglo XXI. Feminismos: ¿Movimientos anacrónicos? Op. Cit., p.248.

⁵⁸ URREA, Fanny. El cuerpo de las mujeres gestantes: un dialogo entre la bioética y el género. En: Revista Colombiana de Bioética. Vol.7 No.1 pp.97-110. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2012.

⁵⁹ ESCOBAR, Jaime. Dimensiones Ontológicas del cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la Medicina. Colección Bios y *Ethos* No.2 Universidad El Bosque, Bogotá: Kimpres, 1997. p. 29.

⁶⁰ NOVOA, Edgar. “Identidad y Bioética: los desafíos en el cambio de milenio”. En: Revista Colombiana de Bioética, Vol. 2, No. 1. pp. 93-113. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2007.

desdibujándose el sujeto. Igualmente la aplicación de las nuevas tecnologías puede, según Escobar⁶¹, convertir el organismo humano en el *cyborg* visto como una combinación hombre-máquina.

El género por su parte, ha evidenciado el problema de los cuerpos diferentes: el cuerpo de las mujeres ha tenido una connotación de inferioridad y exclusión, basándose en su carácter de inferioridad física, diferente e incompleta, en oposición a la del varón, como fuerte y completo, teniendo como consecuencia que las mujeres sean estigmatizadas por su cuerpo, como procreadoras, objetos sexuales y botines de guerra a lo largo de la historia hasta hoy.

Históricamente a las mujeres se les ha relacionado con la biología representada en procesos como la menstruación, la reproducción y la menopausia subordinadas a la “naturaleza”. Pero además, se le ha considerado como una deficiencia de la “naturaleza”, tratándola como menor de edad, de inferior valor y dignidad que el hombre e incapaz de administrar sus bienes y por lo tanto a ejercer su autonomía. De lo anterior, se derivan consecuencias ético-políticas para la población femenina, porque se establecen relaciones asimétricas sustentadas en relaciones de poder que excluyen y discriminan la población femenina.

Para Lagarde⁶² 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. De esa manera, la representación social del cuerpo de la mujer es la columna vertebral de la definición de la feminidad.

Agregado a lo anterior, en la interpretación sobre Beauvoir, Butler⁶³ 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 y se constituye en una característica de reinterpretar las normas, claro está, bajo las fuertes presiones que se ejercen desde lo cultural, lo religioso, etc. La construcción permanente del género es un proceso laborioso que implica interpretar la cultura que está llena de normas y restricciones, que busca el control de lo social.

De otro lado, dentro de la cultura los hombres son vistos 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 sólo sus cuerpos. Como si el cuerpo fuera suficiente para definir las como mujeres. En lugar de otra posibilidad como la de “existir”⁶⁴ sus

⁶¹ ESCOBAR, Jaime. Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo. En: Revista Colombiana de Bioética, Vol. 2. No 1. pp. 33-51. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2007.

⁶² LAGARDE, Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 3ª. ed. México: Universidad Autónoma de México, 1997. pp. 212-213.

⁶³ BUTLER, Judith. Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Witting y Foucault. En: Teoría feminista y teoría crítica Valencia Op. Cit., p. 197.

⁶⁴ Ibid., p. 199.

cuerpos que según la autora significa: “vivir sus cuerpos como proyectos o portadoras de significados creados”⁶⁵.

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. Para Butler el género es de alguna manera: “existir el propio cuerpo”, de tal forma que tanto el sexo como el género se convierten en cuestiones culturales.

En este aspecto es importante señalar lo que afirma Foucault⁶⁶ citado por Lagarde que todas las relaciones están inmersas en el poder, de tal forma que dentro de las relaciones quien sustenta el poder ejerce el control y tiene la posibilidad de decidir sobre la vida del otro.

Por su parte, Bourdieu⁶⁷ citado por Lamas 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. De tal forma que el género estructura y organiza de manera concreta y simbólica toda la vida de la sociedad. El orden social se encuentra entramado de manera profunda en la sociedad que no requiere según Bourdieu justificación, porque es tomado como acuerdos de tipo “natural”⁶⁸; 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 pueden verse y puedan ser vistas y reconocidas por ellas mismas y por otros como sujetas. Porque como mencionada Taylor⁶⁹ 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, olvidándose de ella misma. Se requiere entonces que las mujeres empiecen a habitar sus cuerpos, pero sobre todo a existir sus cuerpos como expresiones de subjetividad para apropiarse de sus proyectos de vida y ser portadoras de significados creados y dejar de ser la historia de una expropiación.

Adicionalmente el cuerpo femenino entrelaza la historia personal con la colectiva, los cambios del cuerpo de las mujeres durante el embarazo modifican la forma de relacionarse con ellas mismas y su contexto, que se traduce en el respeto o no de la autonomía de ellas durante la atención en salud.

La investigadora observó durante los GF y las entrevistas individuales que los cuerpos de las MG tienen un sinnúmero de significados tales como ser dadoras de vida, recipientes, receptáculos.

⁶⁵ Ibid., p. 199.

⁶⁶ LAGARDE, M. Op., cit., p. 35.

⁶⁷ LAMAS, Martha. Género e identidad. En: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Bogotá. Ediciones Uniandes. 1995. p. 65.

⁶⁸ Ibid., p. 65.

⁶⁹ TAYLOR, Charles. El multiculturalismo y “La política del reconocimiento”. México. Fondo de cultura económica. 1993. p. 19.

Adicionalmente el trabajo muestra en el ámbito de la atención en salud la ausencia del sujeto mujer, porque los/las PsS se centran en el sistema reproductor o los riesgos en el embarazo, convirtiendo el cuerpo de las MG en un cuerpo enfermo, en un territorio de tensión y disputa permanente que lleva al fraccionamiento del cuerpo de ellas. De tal forma que las MG se desdibujan con lo cual se reafirma la primera tesis en que el cuerpo de las mujeres es un estereotipo “construido” socialmente centrado en la maternidad.

▪ Atención Salud

La atención en salud (médica, enfermería y odontología) en el presente trabajo se ubica en el contexto del sector público en los tres niveles de atención con las MG que asistieron a la atención prenatal en las siguientes instituciones de la SDS de Bogotá: Cami Suba(segundo nivel),UPA Álamos sur (segundo nivel),Hospital Engativá calle 80 (segundo nivel),UPA Emaus(segundo nivel)UPA San Cristóbal (segundo nivel),hospital Simón Bolívar (tercer nivel), Upa Usaqué (primer nivel).La importancia de aproximarse a conocer el contexto en el que se desarrolla la atención en salud permite ver el escenario donde se dan los encuentros y desencuentros entre las MG y los/las PsS que en últimas llevan a la construcción de autonomía. Dicha construcción es un complejo proceso relacional vinculado con las mujeres como sujetas de derechos. Por otro lado el acercamiento a los servicios brinda posibilidades de propuestas conjuntas al final de la investigación entre la bioética, el género y la salud colectiva.

Con respecto a la SDS se encarga de dirigir el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá y dentro de su visión se contempla mejorar la calidad de vida y salud de los habitantes de la capital mediante la eliminación de barreras sectoriales de acceso a los servicios de salud con énfasis en atención primaria y participación social. Lo anterior se enmarca a la luz de Fraser como la redistribución en lo económico que es insuficiente cuando se habla del qué de la justicia que menciona la autora, porque requiere en el mismo nivel del reconocimiento y la participación.

Para la bioética y el género en la presente investigación la atención en salud en estos hospitales se considera un espacio biomédico de encuentros y desencuentros entre las mujeres embarazadas y los PsS, como se mostro en el trabajo de campo donde se cruzan 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, que se traduce en un proceso de medicalización⁷⁰ del cuerpo y de la maternidad. Lo anterior da como resultado que la explicación de salud y la enfermedad se centre en aspectos puramente biológicos, fisiológicos y anatómicos.

Dentro de esa perspectiva, la comunidad científica mundial del área de la salud tiende a ver a través de los siglos, lo femenino en función básicamente del sistema reproductor, con una visión reduccionista y parcelada, no sólo del cuerpo, sino del sujeto. Situación que se reafirma en la presente investigación en la forma de como los/las PsS enfocan la atención de la salud de las gestantes centrado en el sistema reproductor donde el cuerpo se convierte en objeto separado del sujeto.

⁷⁰ ILLICH, Ivan. Medical Némesis. The Expropriation of Health. New York: Pantheon books, 1976. 277p.

El desarrollo de toda la atención clínica se dirige a los riesgos durante el embarazo como se muestra en el diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal dirigiendo la información en el sistema reproductor o su relación con él y en el feto en formación. Según Le Breton⁷¹ la maternidad se encuentra disociada, de tal forma que la madre se percibe como el continente del feto. Bajo 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 este trabajo se muestra 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 morbi-mortalidad y en los indicadores de salud materna.

En la práctica clínica de la medicina según Escobar: “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. 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”⁷².

Estos hechos son muy relevantes 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.

1.4.2 Antecedentes de investigación

Se realizó una revisión bibliográfica en las bibliotecas de la Universidad El Bosque, Universidad Nacional (Escuela Estudios de Género), Biblioteca Luis Ángel Arango y las bases de datos de EBSCO, Academia search complete, Fuente Académica y Medline⁷³. Como palabra clave se eligió “bioética” y como filtro los documentos producidos desde 1970, teniendo en cuenta la aparición de la bioética en esta década.

De la revisión de fuentes electrónicas se obtuvieron de 269 artículos, de estos el mayor porcentaje corresponde a bioética clínica; práctica clínica profesional, el trato con los pacientes, manejo de historias clínicas y consentimiento informado. Específicamente en odontología se tratan el uso de determinados materiales con fines clínicos y restaurativos.

En fundamentos de la bioética aparecen temas polémicos relacionados con dilemas bioéticos del inicio y el final de la vida, trasplantes y donación de órganos. En bioética y educación se hace

⁷¹ LE BRETON, David. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002. p.238.

⁷² ESCOBAR, Jaime. Dimensiones Ontológicas del cuerpo. Op. Cit., p. 26.

⁷³ Los resultados de esta revisión se encuentran publicados en el capítulo del libro: Las tendencias de la bioética en Suramérica: Una primera aproximación Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Facultad de Odontología, 2009.

referencia al desarrollo de temas de bioética en la enseñanza. En menor cantidad se encuentran artículos relacionados con toma de decisiones políticas y su repercusión en la sociedad, como es el caso del uso de determinados medicamentos, de reciente y menor publicación se observan temas de bioética y medio ambiente.

Posteriormente se efectúa una búsqueda en físico con palabras claves: bioética y género que reportó 100 documentos de las cuales diez⁷⁴ se consideran pertinentes para la presente investigación y fueron realizadas entre 1986 y el 2011:

- Construyendo nuevas dinámicas de participación y procesos de autonomía con las mujeres indígenas del Trapecio Amazónico.
- La corporeidad como manifestación vital de nuestra existencia.
- Maternidad y paternidad desde el feminismo.
- Subjetividad política y diferencia sexual: Miradas a experiencias de poder y deseo en las mujeres.
- Entre Dios y los hombres: La sexualidad femenina.
- La construcción del imaginario de la maternidad en occidente.
- Redes de MG.
- Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación.
- -Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana.
- -Relevo de la autonomía para agenciar doblemente la vida en el embarazo en la adolescencia.

Después de revisar las diez investigaciones se encontró que cinco de ellas son relevantes para el presente trabajo:

- La construcción del imaginario de la maternidad en occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías de reproducción. El objetivo de la investigación es comprobar cómo se produce el desarrollo de las imágenes que dan forma a la maternidad atendiendo a tres fuentes: textos celebrados en su contexto histórico por su influencia, las reinterpretaciones sobre esos textos que sugieren nuevas construcciones y los textos silenciados por la historia del pensamiento. Con método de análisis plural guiado por el análisis de la representación de categorías ideológicas, relación con el imaginario social, función especular de los discursos dominantes y manifestaciones del sujeto.
- La investigación de “Redes y MG” realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad el Bosque Colciencias y la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá de corte cualitativo efectuado en la localidad de Usaquén con 350 MG y en periodo de crianza de estratos 1 y 2, con una población con características semejantes a la presente investigación y que plantea elementos claves como los siguientes: El contexto de las MG incluidas en el estudio se reduce al microsistema familiar que afecta negativamente a las mujeres, convirtiéndose en un obstáculo para su desarrollo y evolución. Los sistemas familiares son tradicionales, homogéneos, cerrados, excluyentes, jerárquicos, estableciéndose relaciones rígidas,

⁷⁴ Tres trabajos de grado de Doctorado, dos tesis de grado de Magíster, una tesis de especialización en proyectos de desarrollo con perspectiva de género, una tesis de pregrado en Psicología, un libro (resultado de una investigación) y dos artículos originales.

rechazo a la diferencia y por lo tanto resistentes al cambio ante la posibilidad de romper con los patrones establecidos. Dentro de estos sistemas las mujeres tienen funciones asignadas que no les permite desarrollar sus propios proyectos de inserción social. De tal forma que la sociedad y las instituciones lo que hacen es reforzar lo que los autores llaman: “La organización sistémico-mecánica” del grupo familiar que restringe la autonomía e identidad de las mujeres.

- Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia es una investigación cualitativa donde se entrevistaron a 28 mujeres adultas en periodo de gestación asistentes a un programa prenatal de Medellín. La investigación se orienta a comprender las representaciones sociales del proceso salud –enfermedad bucal en madres gestantes, muestra como resultados la disposición de las madres a dar a sus hijos una buena salud bucal, la consideran como su responsabilidad-culpa.
- Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación esta investigación cualitativa empleó encuestas y se desarrolló para conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación, recabar información sobre lo que pensaban las mujeres acerca de la atención odontológica durante el embarazo, describir las objeciones que argumentan las mujeres para acudir al tratamiento odontológico, conocer la porción de mujeres que durante la gestación han solicitado atención odontológica y evaluar la correlación existente de las respuestas obtenidas por edad y escolaridad.
- -Relevo de la autonomía para agenciar doblemente la vida en el embarazo en la adolescencia es una investigación doctoral cualitativa, la metodología utilizada fueron GF y entrevistas a 30 adolescentes vistas vulnerables y dependientes. Dadas las características antes anotadas la autonomía de ellas requiere ser reelaborada encaminada a la doble gestión de la vida que tiene como fin el cuidado incondicional de su hijo.

Las cuatro primeras investigaciones trabajan separadamente algunas de las categorías de análisis de la investigación propuesta como son: autonomía, bajo una perspectiva diferente a la bioética. Cuerpo de las mujeres, básicamente la concepción de maternidad. Atención odontológica con MG orientada al cuidado de los hijos. Y las actitudes de un grupo de gestantes sobre el tratamiento odontológico. La quinta investigación ve la autonomía de las adolescentes embarazadas como un relevo y como una compensación positiva con su pareja, el mundo de los adultos y las instituciones, dada la situación de dependencia y vulnerabilidad de la adolescente durante el embarazo. Esta investigación se soporta en el desarrollo moral y en las teorías de Piaget y Kolberg, la perspectiva de género no se contempla.

Al revisar los documentos se evidencia que la presente investigación en torno a la discusión sobre autonomía y MG, es altamente pertinente y ayudaría significativamente en ampliar la comprensión de la vivencia de la maternidad desde una perspectiva bioética y de género.

2. Capítulo II: Metodología

2.1. Diseño de la investigación

Esta es una investigación cualitativa enmarcada 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, enfermería, médica).

Se tomo en cuenta la metodología feminista (MF) de Labreque⁷⁵ 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. Para la MF las mujeres son una población heterogénea con relaciones cambiantes y jerárquicas mediadas por el género, la religión, la clase y en nuestro caso particular el embarazo. Por lo tanto esta población se constituye en una categoría específica por estar ubicada en medio de una diversidad de poderes que con frecuencia se ejercen sobre ellas y a su vez ellas mismas ejercen sobre los demás. En ese sentido la MF se enfoca en el punto de vista de las mujeres como sujetas activas de la investigación, de tal manera que está se haga con y para ellas. Desde esa perspectiva la investigación se convierte en investigar las relaciones jerárquicas en las que ellas se encuentran.

Como herramientas metodológicas se llevaron a cabo las siguientes:

2.1.1. Grupos focales (GF)

Los GF como entrevistas en grupo permiten el debate y discusión acerca de temas específicos en grupos pequeños durante una hora y media a dos horas. La entrevista en grupo es una técnica eficiente utilizada en investigación cualitativa⁷⁶ de bajo costo que permite llevar más allá las respuestas del entrevistado individual. Se requiere que abarque un número limitado de preguntas y la participación de pares de entrevistadores, con el fin de que uno /una documenta las respuestas y otro/a realiza la entrevista y modere la participación de los asistentes.

⁷⁵ 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 Fé de Bogotá: Anthropos, 1989. pp. 27-53.

⁷⁶ FLICK, Uwe. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morato, 2007. p. 127.

Durante el trabajo de campo se realizaron nueve GF tres por cada sitio seleccionado dirigidos a las MG asistentes al programa de atención integral de la mujer gestante en los hospitales: Suba, Engativá y Usaquén. Los GF como entrevistas en grupo permitió el debate de 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. Temas que corresponden a procesos de construcción de las realidades de las mujeres que participaron en ellos. El debate contó con el apoyo de dos profesionales de las ciencias sociales y duró aproximadamente dos horas con una gran riqueza de información por la participación activa de las mujeres en el recuerdo de acontecimientos compartidos. Los GF fueron grabados excepto Upa San Cristóbal previa información a las participantes sobre el propósito de la grabación.

Los Objetivos de los GF fueron:

- 1) Conocer los cambios físicos, emocionales y socioculturales que viven las MG durante el embarazo.
- 2) Conocer las experiencias que las MG tienen en la atención médica, odontológica y de enfermería.
- 3) Explorar el concepto de autonomía de las MG, tanto para ellas como para el personal de salud.

Después de la sistematización de cada GF, se efectuó una guía de entrevista semiestructurada, dirigida a las MG con el fin de puntualizar y profundizar en las categorías trabajadas en el GF. Aparte se realizó otra guía de entrevista semiestructurada para los/las PsS.

2.1.2. Entrevistas semiestructuradas

En las entrevistas semiestructuradas los /las entrevistados/as expresan sus puntos de vista, vivencias y experiencias bajo la guía de preguntas estructurada previamente que busca indagar sobre determinados temas.

Se entrevistaron a nueve mujeres tres por cada hospital teniendo en cuenta el punto de saturación de la información. Con respecto al punto de saturación se logró de manera rápida dado el trabajo previo en los GF, la puntualidad de las preguntas que incluyó tres tópicos: Los significados sobre el cuerpo de las MG, significados sobre el respeto a la autonomía y atención en salud.

Se entrevistaron a diez PsS: Tres odontólogos/as, cuatro enfermeras/os y tres médicos/as quienes realizan la atención de las mujeres en gestación, teniendo en cuenta el punto de saturación de la información. Igual que en los GF el punto de saturación de la información se logró rápidamente. Las entrevistas fueron grabadas después de informar a cada uno de los (las) entrevistadas sobre el propósito de la grabación.

2.1.3. Etnografía retrospectiva reflexiva (ERR)

Para Guber⁷⁷ como se menciona en la introducción la etnografía tiene como objetivo comprender los fenómenos sociales desde los actores mismos. Mientras la reflexividad es el equivalente a la conciencia del investigador sobre él mismo en aspectos como: el género, la edad, clase social, su condición política, etc. A esta se suma que la ERR permite que el investigador o investigadora se reconozcan, según Pinilla 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”⁷⁸.

La ERR inicia como un método, para luego ser además de método, enfoque y texto porque con ERR la investigadora fue una sujeta más de investigación, teniendo en cuenta la experiencia con mujeres en gestación en el ámbito de salud. También permitió reflexionar sobre las vivencias con embarazadas desde un presente etnográfico, crítico y reflexivo donde la mirada retrospectiva bajo los lentes de la etnografía enriqueció no sólo la experiencia personal, sino el trabajo en sí mismo al explorar un nuevo horizonte para abordar el tema de la bioética y el género.

2.1.4. Diario de campo

En cuanto al diario de campo se constituye en una valiosa ayuda personal para el registro de los datos recolectados que permite recordar información en el momento de redactar lo observado. Cada actividad viene registrada con: lugar, participantes, hora, actividad que se registra, así como los objetivos de la observación. El registro de esta información se efectuó en los GF durante el desarrollo de la actividad. Mientras que las entrevistas individuales el registro se realizó después de terminar el contacto con el (la) entrevistado.

2.2 Fases del estudio

Para la investigación se plantean las siguientes fases:

2.2.1 Fase 1

- Construcción, pilotaje y ajuste del GF.

⁷⁷ GUBER, R. Op. cit., p. 48.

⁷⁸ 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.

- En cada hospital se realizaron 3 GF de acuerdo a los criterios de inclusión. En ellos el tema central son las concepciones y representaciones que de su cuerpo tienen las mujeres en este momento y conocer cómo se inscribe la boca en el cuerpo y en el proceso de la maternidad. Qué significa la autonomía, cómo ejercen la autonomía en la gestación y durante la atención en salud.
- Se realizan las transcripciones y análisis preliminares de los GF, para ajustarlos e integrarlos a las categorías emergentes.
- En cada uno de los GF se identificaran mujeres para invitarlas a participar de las entrevistas semiestructuradas.

Antes de la actividad se presentó el proyecto al grupo de mujeres participantes con el fin de que ellas decidieran aceptar o no la participación y firmaran el consentimiento informado.

2.2.2 Fase 2

- Elaboración, pilotaje y ajuste de la guía de entrevista tanto para las mujeres en gestación como para el personal de salud.
- Se desarrollaron las entrevistas y análisis preliminar que permitió identificar un punto de saturación en las mujeres.
- Para los/las PsS se hizo lo que se denomina “muestra disponible”, es decir, con el personal que desarrolla la atención en salud de las MG en cada lugar.
- Se realizó transcripción y análisis detallado de cada una de las entrevistas.

2.2.3 Fase 3

Procesamiento de la información, que incluye diferentes actividades como:

- Transcripción de las entrevistas realizadas a las MG y a los PsS.
- Identificación de material narrativo clave para el análisis y posterior informe.
- Sistematización de la información.

2.2.4 Fase 4

Construcción y análisis de categorías preestablecidas y categorías emergentes.

2.2.5 Fase 5

Elaboración del informe final.

2.2.6 Fase 6

Presentación de resultados y socialización de la experiencia de investigación.

2.3 Población objeto

- Mujeres en gestación, mayores de 18 años, en control prenatal en los hospitales de Suba, Usaquén y Engativá de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Odontólogas / Odontólogos que realizaban la atención odontológica a las mujeres en gestación en los hospitales de Suba, Usaquén y Engativá de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Enfermeras / enfermeros coordinadoras de los programas de atención a las maternas en los hospitales de Suba, Usaquén y Engativá de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Médicos / Médicas que realizaban la atención a las mujeres en gestación en los hospitales de Suba, Usaquén y Engativá de la red Norte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

2.4 Acerca de la etnografía retrospectiva reflexiva (ERR)

La experiencia etnográfica fue novedosa, teniendo en cuenta que la actividad clínica cotidiana desarrollada está inmersa en el método científico donde lo válido es la evidencia sustentada en la causalidad. Pero además existe una preocupación permanente por la objetividad que marca límites para distanciar al investigador de los sujetos de investigación.

Por lo tanto, entrar en un mundo desconocido que invitaba a ser parte activa de la investigación, retó a abrir la mente y a sumergirse en la conciencia como investigadora para reflexionar sobre las vivencias con MG con una mirada retrospectiva crítica desde la bioética y el género. Esta reflexión se remonta al inicio de la práctica clínica como odontóloga rural cuando atendía mujeres embarazadas dentro de la población que requería atención prioritaria al lado de los menores de 5 años.

Años más tarde, el aprendizaje del trabajo en equipo (algo solo se mencionó durante la época de formación en la Facultad) se efectuó al lado de una enfermera quien coordinaba los programas de prevención y promoción en salud incluyendo el de la atención a las maternas. Esta enfermera en la práctica enseñaba el significado del respeto y el compromiso en la atención integral de una población que tiene la necesidad de ser escuchada y reconocida como sujetas de derechos. Fue allí también donde se entendió lo difícil que resulta articular el proceso salud- enfermedad- atención y los derechos de las MG.

Luego, desde la clínica se observaba la asistencia tardía de las embarazadas a la consulta odontológica. Y se cuestiona, que la mayoría de ellas no tenían claro por qué debían ir a esa consulta específicamente durante la gestación. Esta situación generó inquietudes acerca de las concepciones y significados del cuerpo y dentro de él la boca de las gestantes, las representaciones de la maternidad, el ejercicio de la autonomía durante la atención clínica, igualmente se interrogó sobre las relaciones que se establecen entre las gestantes y los/las PsS.

El deseo de profundizar en el tema llevó a buscar explicaciones en la bioética y en el género. Y en esa búsqueda la investigadora encontró información, respuestas y nuevos interrogantes; pero sobre todo profesionales como abogadas y antropólogas comprometidas en trabajar con y para las mujeres desde diferentes frentes en un país conservador, arraigado en la ideología patriarcal, con enorme desigualdad de género que permea todos los espacios y que se refleja en la violencia cotidiana psicológica y física que vive la población femenina.

Las mujeres y hombres entrevistados a lo largo de esta investigación han ayudado a la investigadora a profundizar en el tema de género. Y también la han llevado a entender y ser crítica en lo personal y profesional sobre el respeto a la autonomía de las mujeres en general y en particular de las MG.

De otro lado, la socialización del trabajo de investigación durante las sesiones en la Maestría de salud sexual y reproductiva, así como en la Maestría en bioética y en el reciente encuentro de la ACFO fueron oportunidades para analizar, discutir sobre el significado del cuerpo de las MG y lo que representa la autonomía. Este último aspecto se ha llenando de sentido y significado en la medida en que se avanzaba en el trabajo de campo, además del contacto con las embarazadas. En conclusión, la ERR se convirtió en un elemento valioso y un nuevo reto dentro de la investigación en el campo de la bioética.

2.5 El trabajo de campo

El trabajo de campo incluyó: GF y entrevistas semiestructuradas. Los GF fueron escenarios que facilitaron abordar y profundizar en los objetivos planteados. Previamente a la realización de cada uno de los grupos, se coordinó con las enfermeras encargadas de los programas, quienes en todo momento apoyaron y colaboraron. A las mujeres que asistieron a los GF se les realizó información consentida. Ellas se mostraron cercanas, y dispuestas a compartir sus experiencias en torno a los cambios en sus cuerpos, la maternidad y el embarazo. También contaron sus vivencias sobre el ejercicio de la autonomía en el ámbito de la atención en salud durante el embarazo.

Al inicio de cada GF se recolectó información básica socio-demográfica de las MG que incluyó los siguientes datos:

Nombre, número de Identificación, edad, con quien vive, lugar de nacimiento, barrio donde reside actualmente, cuántas semanas de embarazo tiene en este momento, cuántos embarazos ha tenido incluyendo el actual, cuántos Hijos vivos tiene actualmente, a cuántos controles prenatales ha acudido hasta este momento, ¿ha consultado al odontólogo durante este embarazo?

A continuación se presenta la guía de los GF denominada: “Detectando los cambios en el embarazo y reflexionando sobre mi salud”

Objetivo General:

Realizar un acercamiento a los significados del cuerpo y a los cambios corporales durante el embarazo percibidos por las gestantes invitadas, así como a las nociones que poseen sobre su boca, su salud, el cuidado de su salud oral dentro de la gestación y el ejercicio de la autonomía en la atención en salud, para avanzar en el abordaje a los aspectos culturales sobre los temas antes anotados.

Los GF se desarrollaron de la siguiente manera:

Dinámica de Presentación

La presentación de las MG se hizo a partir de las siguientes preguntas:

¿Con qué animal se identifica?

¿Por qué?

¿Qué expectativas tiene sobre esta actividad?.

Una vez las participantes pensaron en sus respuesta se presentaron al grupo de trabajo socializando las respuestas respectivas.

Duración 15 min.

Dibujando cuerpos

Se pidió a las participantes que se ubicaran en parejas de trabajo. Una de las miembros de la pareja dibujó con marcador la silueta o contorno de la compañera y una vez terminada la silueta cambiaron de rol. Después cada una le adiciono lo que deseaba o modificaba la silueta dibujada. En algunos sitios por espacio no se logró efectuar la actividad de la forma programada, entonces cada una de las participantes realizo un pequeño autorretrato.

Posteriormente se les solicitó que contaran ¿Cómo me veían en ese momento? Dibujando la respuesta en su silueta. La pregunta se hizo reiterativa buscando que las participantes exploraran a fondo la percepción sobre su propio cuerpo.

Para ayudar a profundizar la exploración sobre la forma como veían su cuerpo se formuló también la pregunta ¿Qué ha cambiado en su cuerpo durante el embarazo? Y se les pidió que identificaran esos cambios en el dibujo apoyadas en las siguientes convenciones:

Cambios físicos: Círculo amarillo

Cambios Emocionales: Triángulo verde

Cambios sociales: Cuadrado azul

Cambios espirituales: Círculo violeta

Duración: 30 min

Socialización cómo veo mi cuerpo

Las participantes, una a una, presentaron y explicaron sus dibujos al grupo en pleno. Se incentivó en el grupo la escucha atenta y la atención a todas y cada una de las participantes.

Duración 30 min.

Conversatorio

Retomando las ideas expresadas por las participantes en la socialización, la coordinadora del GF abrió un conversatorio sobre la experiencia vivida en la dinámica de dibujar, basándose en las siguientes preguntas:

¿Cómo se sintió haciendo el dibujo de su propio cuerpo?
¿Cómo se dio cuenta que estaba embarazada, que hizo en ese momento, cuantos meses tenía?
¿Cómo fue esa primera visita al médico y cómo la incluyeron en el programa?
¿Qué les dijeron que deberían hacer, les comentaron que iba a pasar de ese momento en adelante?
¿Cómo ha sido la relación con el personal de salud desde que las atendieron por primera vez?
¿Cómo considera que debe ser la atención médica?

¿Cuáles han sido los cambios físicos más relevantes que han experimentado, como se sienten con ellos?

¿Ha experimentado cambios en la boca durante el embarazo?

¿Cuáles?

¿Esos cambios han representado problemas?

¿Qué ha hecho usted o ha escuchado que hacen otras mujeres frente a estos problemas?

¿Cómo ha sido la atención odontológica?

¿Qué cambios emocionales han sentido?

¿Ha cambiado la relación con la pareja, la familia, la educación, el trabajo, la sociedad?

¿Desde lo religioso cómo ha afectado su condición de embarazo actual?

¿Qué ha pasado con su tiempo libre?

¿Qué es para usted la autonomía?

¿Qué pasa con la autonomía de las mujeres durante el embarazo?

¿Qué aprendió de sus compañeras de taller frente a estas u otras situaciones?

¿Qué le agradó y qué le desagradó de esta experiencia?

Duración: 45 min.

El proceso se enriqueció dada la heterogeneidad de la población y la participación activa de las mujeres. Las gestantes deseaban expresar abiertamente sus vivencias, querían, pero sobre todo necesitaban ser escuchadas. Así que las MG fueron visibles para ellas mismas y su contexto.

También se evidenció que los GF como entrevistas en grupo permiten que los sujetos de investigación en este caso particular las embarazadas hablaran abiertamente sobre sus cambios corporales, donde la boca no emergía. Pero esa situación también permitió entender que las mujeres se encuentran abrumadas por la cantidad de cambios físicos y sociales que hace que dentro de sus innumerables preocupaciones no esté la boca.

Previo a la investigación se había cuestionamiento utilizar la palabra embarazo. Parecía mejor referirse a gestación, porque embarazo significaba una situación difícil, compleja. Pero cuando las MG en los diferentes GF narran sus vidas, las dificultades al tomar decisiones sobre sus cuerpos, su visión del futuro se entendió por qué para la mayoría de las participantes, incluyendo ahora a la investigadora, el embarazo es lo que mejor define la situación que ellas viven.

Las entrevistas tuvieron diferentes grados de complejidad, en la medida en que se estaba expectante en lo que podría encontrar en cada uno de los grupos: las gestantes, los/las enfermeras, las /los médicos y las/los odontólogos.

La mirada etnográfica de los GF mostró: en primera instancia que el desarrollo de estos se llevó a cabo en el marco de atención a la materna y sorprendió a las MG la presencia de los/las investigadoras, en segunda instancia los/las enfermeras hacen esfuerzos para realizar los programas de preparación para la maternidad, sin embargo, los espacios físicos no están adecuados para la realización de estas actividades, en tercera instancia se percibe temor de los/las PsS debido a la presencia de los investigadores, en cuarta instancia se observó tensión en el desarrollo de uno de los GF cuando se habló de temas religiosos, quinta instancia las MG comentan que deben pasar largo tiempo (aproximadamente seis horas) dentro de la ruta de la atención de las maternas en virtud a que ellas tienen que ser atendidas en todas las consultas que les tienen programadas. Adicionalmente se ejerce un control permanente sobre ellas mediante un sello que les ponen en el carné de asistencia.

Las entrevistas se hicieron bajo las categorías: cuerpos de las MG, autonomía y atención en salud, de acuerdo a lo cual se estructuraron preguntas que a continuación se anexan en la guía de entrevista desarrollada. En primer lugar se encuentra la de las MG y en segundo lugar la de los PsS.

Guía entrevista MG

Significados sobre el cuerpo de las MG (MG).

- a. ¿Cómo y cuándo supo que estaba embarazada? ¿qué pensó y sintió?
- b. ¿Su vida ha cambiado con el embarazo? ¿Cómo?
- c. ¿Cuáles son los cambios más significativos para usted con el embarazo? (corporales, pareja, familiares, sociales, religiosos)
- d. ¿Qué cosas **NO** hace ahora que **SI** hacía antes?
- e. ¿Qué cambios ha tenido su boca con el embarazo? Si los ha tenido ¿cómo los ha atendido?

Significados sobre el respeto a la autonomía.

- a. ¿Qué entiende por autonomía?
- b. ¿Cómo considera que la ejerce o vive?
- c. ¿Cómo sería tener autonomía sobre el cuerpo?
- d. ¿Qué considera que pasa con la autonomía de las mujeres durante el embarazo?
- e. ¿En qué momento cree que las mujeres pueden sentirse presionadas a tener hijos/as?

Atención en salud.

- a. ¿En qué mes ingresó al programa, cómo fue y ha sido el proceso de atención?
- b. ¿Por qué las mujeres embarazadas deben asistir a la consulta médica, odontológica y de enfermería?
- c. ¿Cómo ha sido la relación con los diferentes profesionales de salud?
- d. Durante la consulta médica, de enfermería y odontológica quien toma las decisiones sobre los exámenes, tratamientos, dietas, ejercicios, etc?
- e. Cuando usted ha tomado las decisiones el médico, la enfermera o el odontólogo le ha respetada las decisiones?.

- f. ¿Qué cambios le haría a la atención que ha recibido hasta ahora? (médico/a, la enfermera/o, el odontólogo/a)
- g. ¿Cómo ha sido la atención odontológica? Cuándo inició, quién la envió, qué pensó, qué le dijeron?

Guía entrevista personal de salud.

1. Significados sobre el cuerpo de las mujeres gestantes (MG).

¿Qué es para usted la maternidad? ¿y el embarazo?.

¿Qué cambios genera el embarazo en las mujeres? (corporales, pareja, familiares, sociales, religiosos)

En qué circunstancias cree que las mujeres pueden sentirse presionadas para tener hijos/as

¿Cómo afecta la gestación la boca de las mujeres?

¿De la descripción anterior cómo se lo explica o dice a las MG?

¿Qué significado tiene para usted el cuerpo de la mujer embarazada?.

2. Significados sobre la autonomía.

¿Qué es para usted la autonomía?

¿Cómo se da la autonomía de las mujeres durante el embarazo?

¿En qué momentos considera que el personal de salud tienen o NO presente la autonomía de las MG y por qué?

¿Cómo promueve la atención médica en sus diferentes áreas la autonomía de las mujeres o cómo la debería promover y de las mujeres en gestación?

2. Atención en salud.

¿Cómo es el proceso de atención a las MG? La ruta que siguen las mujeres (vinculadas, subsidiadas, contributivo)

¿Qué le modificaría para mejorar la atención de las MG?

¿Considera usted que la atención que reciben las mujeres embarazadas actualmente o en su lugar de trabajo tiene en cuenta, respeta o promueve la autonomía de las MG?

En tanto con las MG los encuentros en general se dieron relajados y cálidos, las entrevistas fluyeron fácil y espontáneamente. En cambio con los/las PsS las entrevistas fueron formales, distantes, se pensaba muy bien al responder y preguntar, por algunos momentos se vivía una tensa calma. Se sentía con algunas preguntas un esfuerzo en responder lo más adecuado.

La pregunta que los/las participantes respondieron con mayor dificultad fue el tema de la autonomía. A tal punto que se replanteó el abordaje y se empezó por indagar acerca de su significado, para continuar con el ejercicio de la autonomía. Impactó escuchar a varias mujeres decir que no sabían que significaba la autonomía. E Igualmente que gestantes y PsS afirmaran que no hay autonomía durante el embarazo. Ver los rostros de las mujeres al hablar sobre el tema, cambiar su expresión y bajar la cabeza en actitud de reflexión.

2.6 Consideraciones éticas

Para este proyecto de investigación tuvo en cuenta entre otras guías internacionales y nacionales:

- La Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial que contempla los principios éticos para la investigaciones médicas en seres humanos de octubre de 2008, que incluye la investigación del material humano y de información identificable.
- Resolución 8430 del 1993 del Ministerio de Salud por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

La presente investigación se clasificó de acuerdo a la Resolución en la categoría de investigación sin riesgo que contempla lo siguiente:” Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

De acuerdo a lo anteriormente anotado los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta en la presente investigación fueron los siguientes:

- Información a las personas del derecho a participar o no en la investigación.
- Participación voluntaria que contempla la posibilidad de que él o la persona participante se retiren en cualquier momento de la investigación.
- Resguardo de la intimidad que contempla el permiso la persona participante para utilizar los datos que se suministren durante los G.F y entrevistas, incluyendo la solicitud de grabar las entrevistas, bajo un clima de confianza.
- Confidencialidad de la información personal protegiendo la integridad física, mental y social de los y las participantes.
- Aprobación de los Comités de ética de la investigación en cada una de las Instituciones.

Sobre las consideraciones éticas en la presente investigación cualitativa es importante tener en cuenta que aunque se clasificada de acuerdo a la normatividad vigente en la categoría de investigación sin riesgo; no obstante, se observó que al indagar por el cuerpo y la autonomía afloran diversos y complejos sentimientos como: angustia, cuestionamientos, culpa y frustración dentro del entorno familiar, laboral y del sistema de salud en los diferentes actores de la investigación, tanto en los GF como en las entrevistas individuales. Lo anterior lleva a la investigadora a reflexionar que en este tipo de investigaciones la interacción que se establece con los/las participantes y las preguntas que se formulan abre muchas puertas de la vida de cada una/uno de ellos y ellas que no contemplan las guías internacionales y nacionales.

2.7 Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de la investigación se relacionaron con la posibilidad de acceso a los hospitales. La aceptación y disponibilidad de tiempo de pacientes y personal de salud de los hospitales para participar en el proyecto de investigación.

3. Capítulo III: Sobre las mujeres gestantes participantes.

Las 72 mujeres que participaron en la presente investigación la mayoría proceden de Bogotá, son habitantes de los barrios de las localidades de Usaquén, Engativá y Suba, son jóvenes entre 21 y 30 años, con nivel de escolaridad de bachillerato completo y viven en núcleo básico. Ellas participaron amablemente y de manera voluntaria en las actividades programadas en los hospitales públicos de la red del Distrito.

A continuación se presentan las actividades desarrolladas con las MG, posteriormente se muestran características demográficas de las tres localidades, para finalizar con la caracterización de la MG participantes.

Tabla 3-1: Agenda de actividades

Fecha	Lugar	Actividad
Viernes 20 Agosto 2010. 10 a.m	Cami Suba.	Primer GF.
Lunes 26 de Octubre 2010. 10 a.m.	Cami Suba	Entrevista previa Enfermera prevención promoción.
Sábado 27 Noviembre 2010. 10 a.m	Cami Suba	Segundo GF
Sábado 11 Junio 2011. 10 a.m	Cami Suba	Tercer GF
Viernes 21 de Octubre 9.am	Álamos	Cuarto GF.
Sábado 22 de Octubre 9 a.m	Engativá	Quinto GF.
Martes 25 de Octubre 9 am	Engativá	Entrevista PS
Jueves 27 de Octubre 1 pm	Emaús.	Sexto GF
Viernes 4 de Noviembre 7 am.	Engativá	Entrevista PS
Viernes 4 de Noviembre 9 a.m	Álamos Sur	Entrevista gestantes. Entrevista PS.

Sábado 12 de Noviembre 12m.	Engativá	Entrevista a gestantes. Entrevista PS.
Miércoles 16 Noviembre 2.30 p.m	Hospital Simón Bolívar	Entrevista PS.
Viernes 18 de Noviembre 8a.m.	Hospital Simón Bolívar	Entrevista PS.
Lunes 21 de Noviembre 1p.m	Emaus.	Reprogramación Sexto GF.
Martes 22 de Noviembre 9 a.m	Cami Suba	Entrevista Enfermera PS
Martes 22 de Noviembre 9:30 a.m	Cami Suba	Entrevista PS.
Martes 28 de Noviembre	Cami Suba	Entrevista PS.
Martes 28 de Noviembre	Cami Suba	Entrevista gestantes
Sábado 3 Diciembre 8 a.m	Upa San Cristóbal	Séptimo GF.
Viernes 9 Diciembre 9:30 a.m	Hospital Simón Bolívar	Octavo GF Entrevista gestantes
Viernes 9 Diciembre 2.p.m	Usaquén	Noveno GF Entrevista gestantes

Tanto los GF como las entrevistas se llevaron a cabo en los tres niveles de atención del sistema de seguridad social en salud que de acuerdo a la complejidad se clasifican en: baja, media y alta.

Nivel I: La prestación de servicios en este nivel comprende acciones de prevención y promoción, atención médica general, consulta médica y odontológica de urgencias, tratamientos de odontología general y atención del parto normal.

Nivel II: Prestación de servicios de salud especializado, acciones de prevención y promoción, atención médica general y especializada urgente, odontología urgente. Atención médica especializada (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia) Tratamientos de odontología general y endodoncia especializada Hospitalización (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia) U.C.Intermedio. y atención del parto normal o por cesárea).

Nivel III: La prestación de servicios en este nivel comprende acciones con equipo de salud especializado y subespecializado, acciones de prevención y promoción, atención médica general y especializada urgente, odontología urgente. Atención médica especializada (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia, ortopedia, urología, oftalmología otorrino, psiquiatría) Tratamientos de odontología general y endodoncia especializada Hospitalización (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia) U.C.Intermedio. U.C.I. y atención del parto normal o por cesárea.

Primer GF: Cami Suba (segundo nivel de atención).

Segundo GF: Cami Suba (segundo nivel de atención).

Tercer GF: Cami Suba (segundo nivel de atención).

Cuarto GF: Álamos Sur (segundo nivel de atención).

Quinto GF: Engativa Calle 80(segundo nivel de atención).
Sexto GF: Emaus (segundo nivel de atención).
Séptimo GF: Upa San Cristóbal (primer nivel de atención)
Octavo GF: Hospital Simón Bolívar (tercer nivel de atención)
Noveno GF: Usaquén (primer nivel de atención)

Con relación a la política Distrital de Salud que incluye a todas las instituciones donde se desarrolló la investigación está definida de acuerdo a la resolución No. 1685 del 30 de noviembre de 2011 de la SDS de Bogotá D.C. en el plan de gestión que se corresponde con el plan de desarrollo “Bogotá positiva: Para vivir mejor 2008-2012”, con el componente sectorial del plan nacional de desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos” y con el Plan Distrital de salud 2008-2012 tiene como estrategias: Atención primaria en salud (APS), promoción de calidad de vida y salud, participación social y servicio a la ciudadanía, redes sociales y de prestación de servicios de salud, servicios de salud en línea al alcance del ciudadano.

Por otro lado, el quehacer de esta Secretaría es garantizar el derecho a la salud para los ciudadanos de Bogotá teniendo en cuenta la Constitución política de 1991. Para tal fin se enfoca en los Derechos Humanos con una visión amplia de la salud promoviendo la calidad de vida mediante seis líneas de acción dentro de las que se encuentran: afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población y además desarrollar un modelo de salud integral que tenga en cuenta la diversidad étnica y cultural y las necesidades de la población de Bogotá. Se enfatiza en que la implementación de políticas públicas respetara la autonomía de las personas (definida en el documento como la capacidad para desarrollar proyectos de vida y ejercer la ciudadanía).

Con la intervención en los determinantes de calidad de vida y salud se busca superar el enfoque tradicional centrado en actuar sobre las consecuencias, para pasar ahora a profundizar en la complejidad de las causas. Es meta para esta línea de acción entre otras: la disminución a 10% la tasa de bajo peso al nacer.

Mientras que el modelo de salud integral no se centra en la enfermedad, sino en el concepto positivo de la salud para dar respuestas integrales a los individuos y comunidades, mediante trabajo multidisciplinarios que reconozcan la diversidad cultural y étnica y el género. Dentro de las metas en este objetivo se encuentra entre otras: reducir la tasa de mortalidad materna en 40 por 100.000 nacidos vivos y reducir la tasa de mortalidad perinatal a 16 por mil nacidos vivos.

En el diagnóstico reciente de salud y de calidad de vida el Distrito Capital se agrupó en 5 zonas con el objeto de realizar intervención transectorial de gestión progresiva. En la zona 1 se ubican lo que denominan territorios sociales donde se encuentran entre otras las localidades de Usaquén y Engativá. Allí según el diagnóstico se encuentran zonas de invasión que se constituyen en barrios ilegales, donde habitan familias de estrato 1 y 2 con escasos servicios públicos y dedicadas a la informalidad con deterioro de las condiciones de vida, violencia intrafamiliar, presencia de enfermedades como la desnutrición y mortalidad materna evitable.

Los lineamientos antes esbozados de la política pública en salud en el Distrito capital hacen referencia en teoría entre otras cosas a un modelo de salud integral que reconozca la diversidad de género, cultural y étnica, e igualmente el respeto a la autonomía vista como aquella capacidad de las personas para desarrollar proyectos de vida y ejercer ciudadanía. Sin embargo en la práctica se

observa que dichos lineamientos a la luz de los planteamientos de Fraser sobre escalas de justicia se centran en la redistribución en el plano económico, dejando de lado la dimensión política (representación) y cultural (reconocimiento). En ese sentido no se debe olvidar que las tres dimensiones se entrelazan, a tal punto que considera que no hay redistribución ni reconocimiento sin representación⁷⁹.

En la tabla 3-2 la población abordada incluye la actividad realizada, el lugar y el número de participantes

Tabla 3-2: Población abordada

ACTIVIDAD	LUGAR	NÚMERO DE PARTICIPANTES
GF con gestantes	CAMI Suba	5
	CAMI Suba	4
	CAMI Suba	10
	UPA Álamos Sur	9
	Hospital de Engativá	7
	UPA San Cristóbal	16
	Hospital Simón Bolívar	4
	UPA Usaquén CAMI Emaus	4 13
Entrevistas a Gestantes	Gestantes	*9
Entrevistas a personal de la salud	Odontólogas/os	3
	Enfermeras/as	4
	Ginecólogos/as	2
	Médico/a General	1
Total población abordada		82

El total de la población abordada en la presente investigación fueron 82⁸⁰ personas 72 MG y 10 PsS

*En ese total de la población abordada no incluye a las 9 MG entrevistadas porque ellas se encuentran contabilizadas en los GF.

⁷⁹ FRASER, Nancy. Escalas de justicia. Op. cit., p.49.

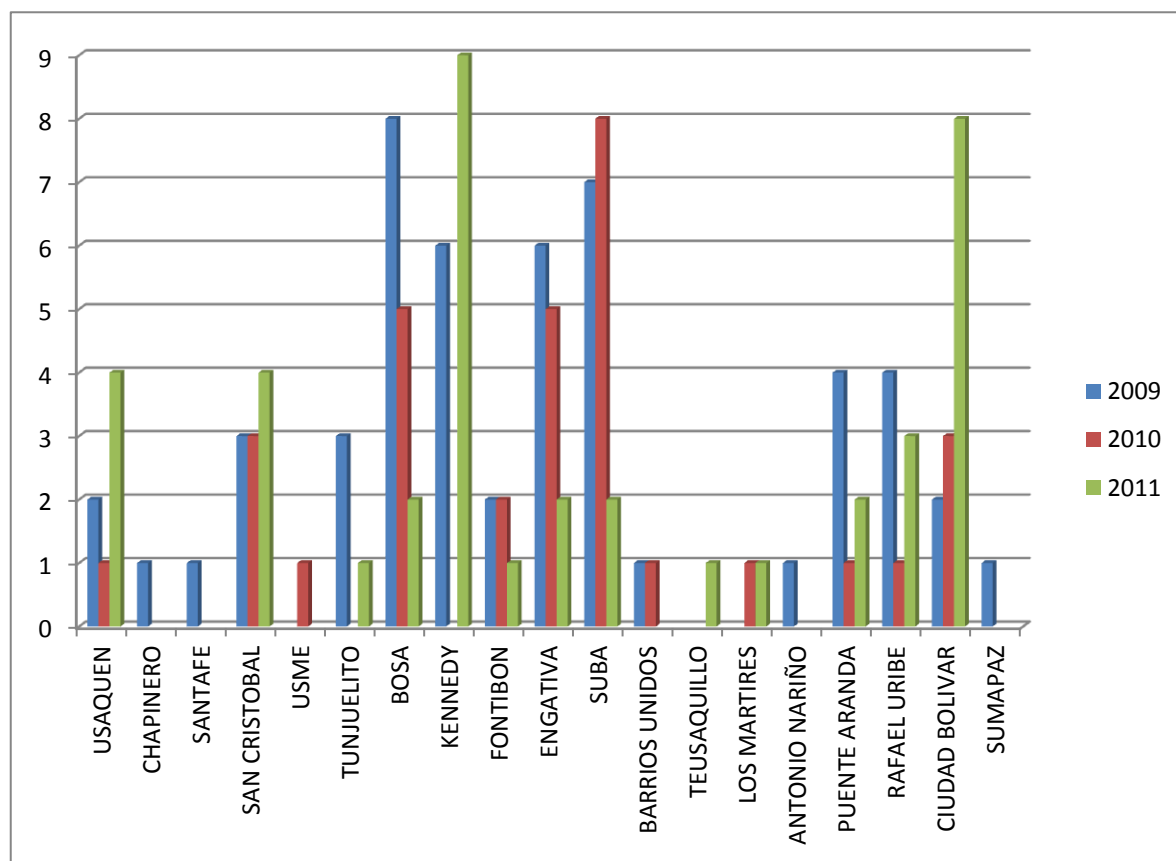
⁸⁰ Para preservar la confidencialidad de los/las participantes en la presente investigación se diseñó un código con dos letras, por lo tanto no aparece ningún nombre.

Los GF (entrevistas en grupo) y las entrevistas individuales fueron grabados en audio y transcritos; posteriormente se llevó a cabo una lectura con observación estructurada a partir de las cuatro categorías fundamentales: Autonomía, Cuerpo, Maternidad y Atención en salud.

Las 72 MG participantes proceden en su mayoría de Bogotá, pero también se encontraron mujeres de: Cundinamarca, Tolima, Meta, Córdoba, Casanare, Antioquia y Bolívar. El hecho de tener una población procedente de diferentes partes del país no es de extrañar en una ciudad como Bogotá considerada centro de migración del país y punto de encuentro. Los lugares de residencia de las participantes son barrios de las localidades de: Suba, Engativá y Usaquén. Las MG se encuentran en diferentes rangos de edad siendo el mayor número entre 21 y 30 años. La mayoría de ellas tienen como nivel de escolaridad bachillerato completo y 63 de las 72 mujeres viven en núcleo básico.

Los datos de mortalidad materna en Bogotá entre 2009 y 2011 muestran en la figura 3-1 que murieron 37 mujeres embarazadas habitantes de las localidades de: Suba, Engativá y Usaquén. Durante el 2009 fallecieron 15 MG: 7 en la localidad de Suba, 6 en Engativá y 2 en Usaquén. Mientras en el 2010 murieron 14 MG Suba (8) Engativá (5) Usaquén (1). En el 2011 el número de casos de mortalidad materna por las tres localidades sumaron 8 Usaquén (4) Suba (2) Engativá (2).

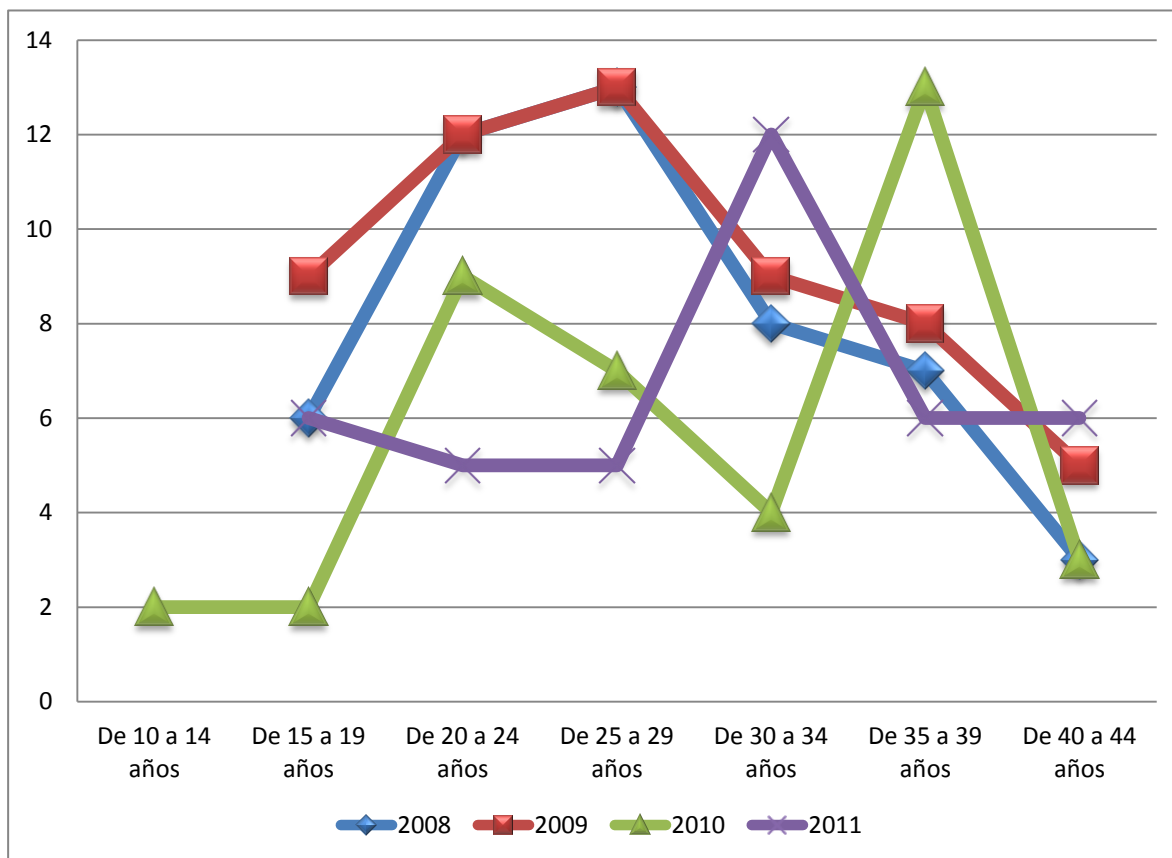
Figura 3-1: Número de casos de mortalidad materna por localidad de residencia 2009 – 2011 Bogotá D.C



Fuente Certificados de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales.

NOTA: Los datos del 2009 – base preliminar DANE; 2010 - 2011 Base datos Secretaria Distrital de Salud preliminares

Figura 3-2: Casos de mortalidad materna, por grupo quinquenal. Bogotá, D.C., 2008 - 2011



Fuente Certificados de defunción - Certificado de nacido vivo. Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales.

NOTA: Los datos del 2009 – base preliminar DANE; 2010 - 2011 Base datos Secretaria Distrital de Salud preliminares

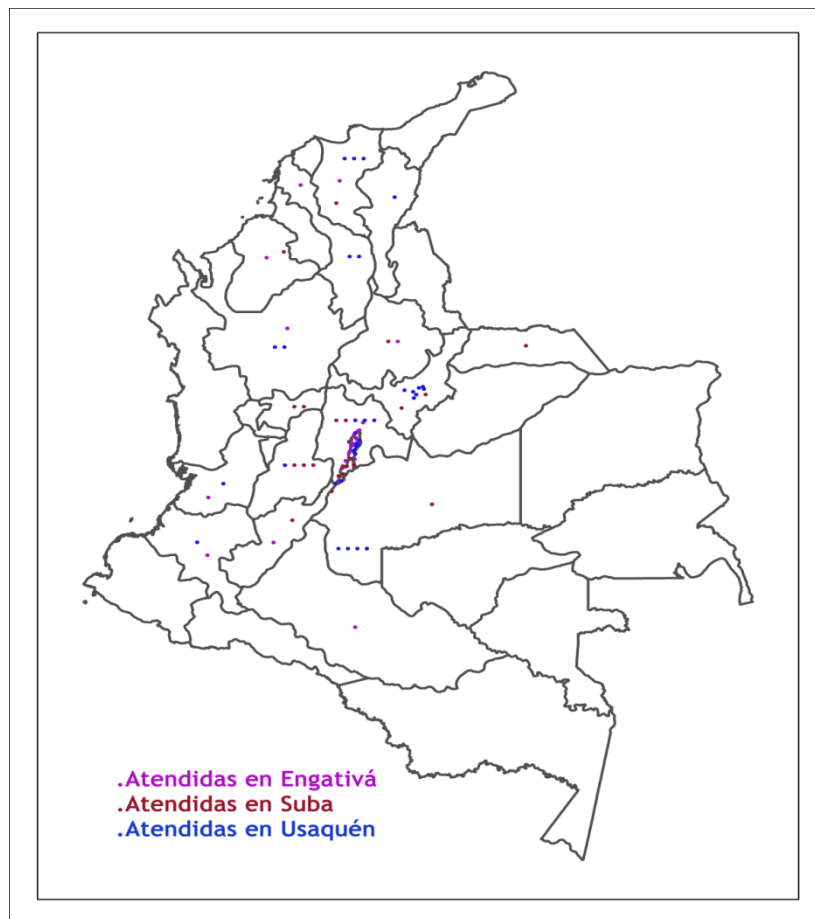
Para el 2010 según la figura 3-2 los casos de mortalidad materna por grupos quinquenales de edad disminuyó en el grupo de 15 a 19 años. Mientras en 2010 y 2011 aumentaron los casos de muertes de MG mayores de 30 años. En ese último año 23 de las 40 muertes maternas se debieron a causas directas, encontrándose la hipertensión inducida por el embarazo en primera instancia, seguida por la embolia obstétrica y el embarazo ectópico.

Figura 3-3: Mapa de las localidades de Bogotá



La figura 3-3 muestra el mapa de las localidades de Bogotá, allí Usaquén se encuentra en el extremo nororiental del Bogotá, vecina a la localidad de Chapinero y Suba, municipios de Sopo y la Calera. Suba se ubica en el extremo noroccidental, limita por el norte con el municipio de Chía, por el sur con la localidad de Engativá por el oriente con la localidad de Usaquén y por el occidente con el municipio de Cota. Engativá se encuentra en la zona occidental de la ciudad, limita por el norte con el Río Juan Amarillo, al sur con la localidad de Fontibón, al oriente con las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo y al occidente con el río Bogotá y el municipio de cota. En 1954 Engativá, Suba y Usaquén al igual que Bosa y Fontibón se anexaron al Distrito Especial de Bogotá.

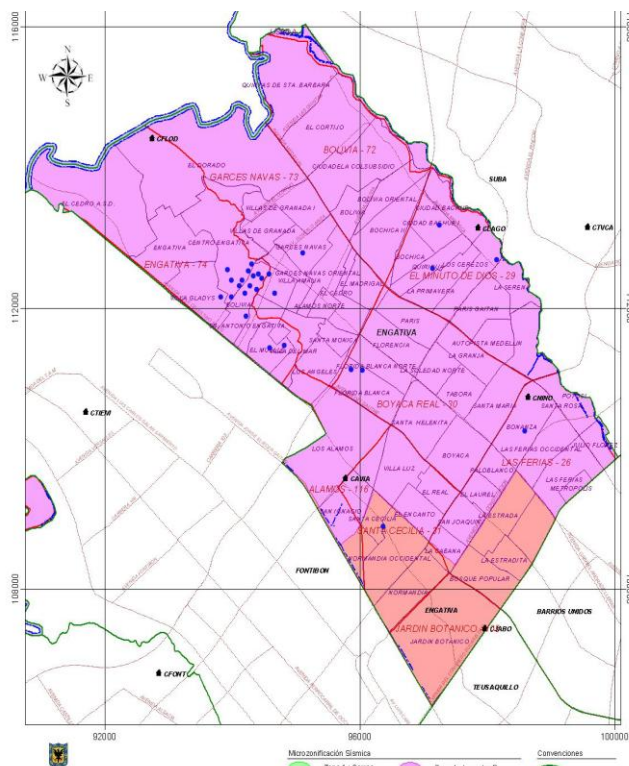
Figura 3-4: Mapa de Colombia con departamentos de procedencia de las MG participantes



Las mujeres participantes en la presente investigación, según la figura 3-4 proceden en su mayoría de Bogotá, pero también se encontraron MG procedentes de otras regiones del país como: Cundinamarca, Costa Atlántica, Tolima, Antioquia, Huila, Meta Córdoba y Casanare.

Durante el trabajo de campo se encontró que a la localidad de Usaquén asistieron mujeres procedentes de Bogotá y Cundinamarca. Entre tanto a Engativá acudieron mujeres procedentes de Bogotá, Córdoba, Antioquia Tolima, Huila y Meta. Mientras a la localidad de Suba asistieron mujeres procedentes de Bogotá, Antioquia, Bolívar y Atlántico. Sumadas las tres localidades representan el 31.8% de los habitantes de Bogotá de acuerdo a las proyecciones del censo general del 2005.

Figura 3-5: Aspectos demográficos localidad Engativá.



Localidad de Engativá figura 3-5: 332 barrios.

Población urbana en el 2009: 825.096 habitantes, representa 11.4% de los habitantes del Distrito capital de acuerdo a las proyecciones de población del censo general del 2005.

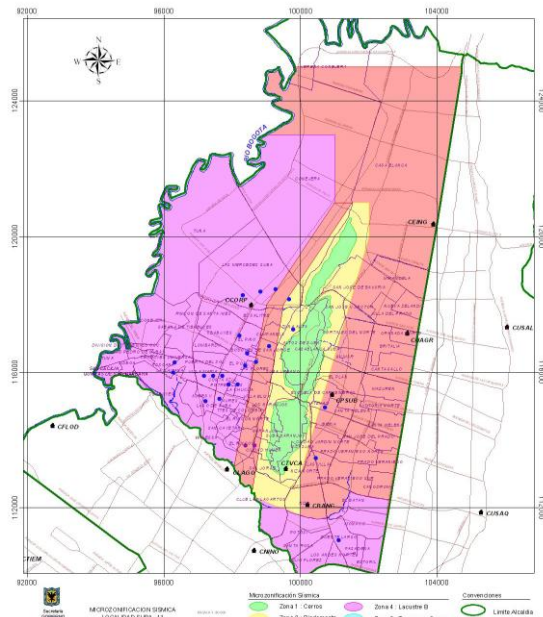
Hombres: 394.530.

Mujeres: 433.530.

La localidad de Engativá cuenta actualmente con un amplio grupo de personas jóvenes. Pero se observa una reducción paulatina de este grupo debido a la disminución de la fecundidad y al incremento del envejecimiento.

La mayoría de las mujeres participantes en Engativá viven en el centro de la localidad en los barrios: Villa Gladys, Bolivia, Garcés Navas, Villa Amalia. Entre tanto otras se ubican en Bachué, Quirigua, Los cerezos, Minuto de Dios, Bonanza. Ambas áreas corresponde a las zonas más pobladas y a barrios tradicionales del sector.

Figura 3-6: Aspectos demográficos la localidad Suba.



Localidad de Suba (Figura 3-6): 1.162 barrios.

Población urbana en el 2009: 1'018.459 habitantes, representa 14.0% de los habitantes del Distrito capital de acuerdo a las proyecciones de población del censo general del 2005.

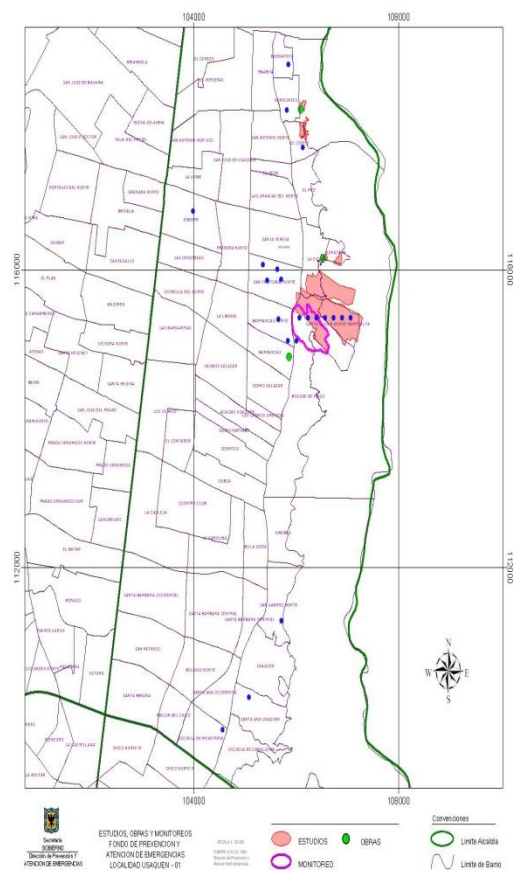
Hombres: 481.549.

Mujeres: 537.080.

La localidad muestra disminución de la fecundidad y concentración de la población en las edades productivas.

Las mujeres participantes en la investigación habitan en los barrios más tradicionales cercanos al centro de la localidad como: Costa Azul, Potrero, Aureos, Salitre, Villa María, La chucua. Se observa algunos casos de mujeres ubicadas en Puente Largo estrato 5 y 6 que corresponden a empleadas del servicio doméstico.

Figura 3-7: Aspectos demográficos localidad Usaquén



La localidad Usaquén (Figura 3-7): 587 barrios.

La población urbana en el 2009: 464.656 habitantes, representa 6.4% de los habitantes del Distrito capital de acuerdo a las proyecciones de población del censo general del 2005.

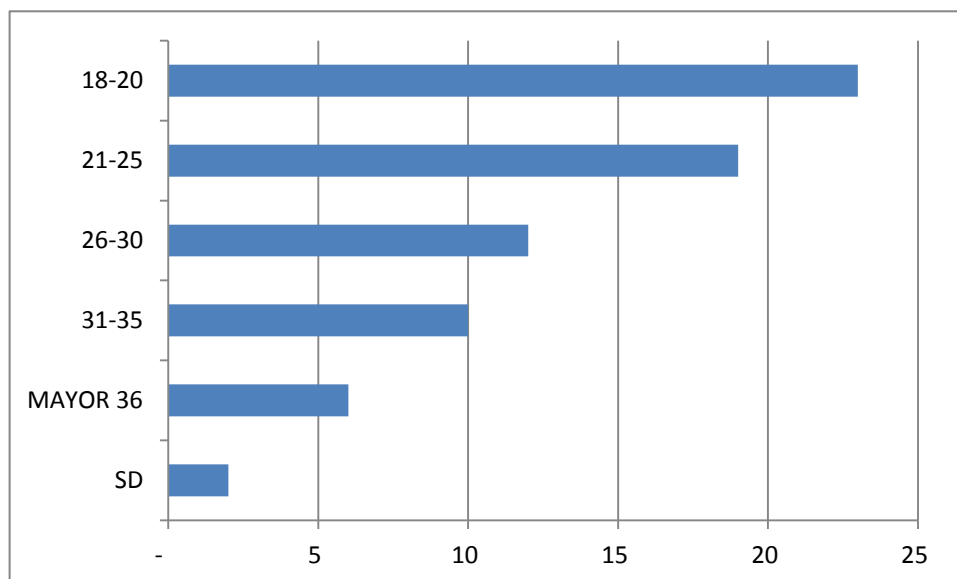
Hombres: 214.436.

Mujeres: 250.220.

Usaquén tiene las tasas de fecundidad más baja de todas las localidades de la ciudad.

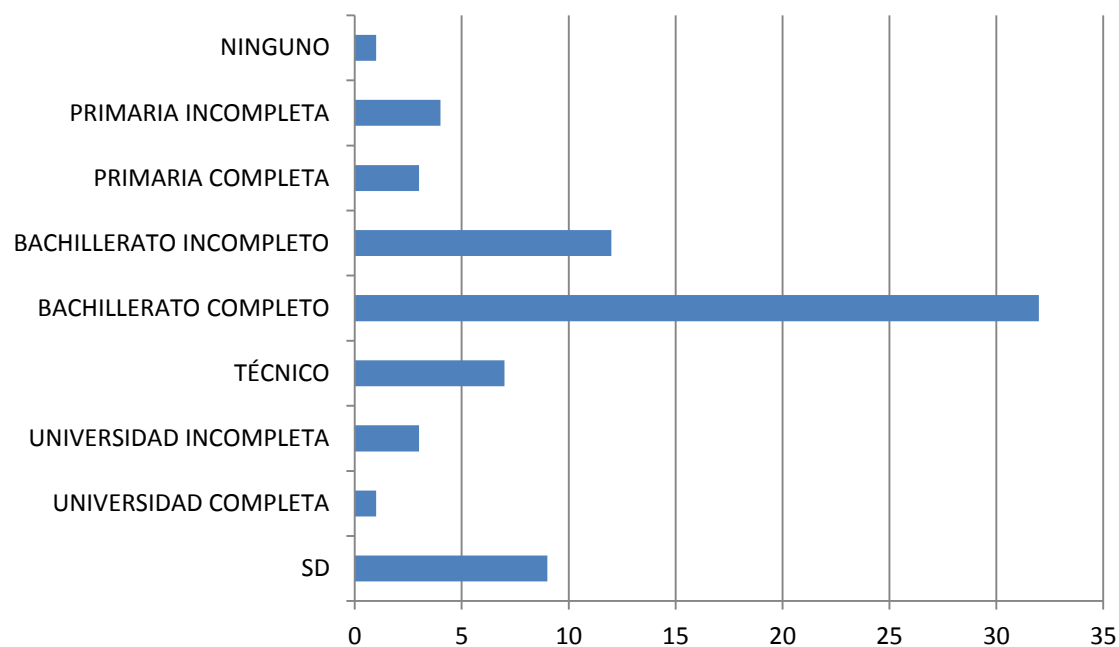
Las participantes de la investigación se localizan en mayor porcentaje hacia la zona oriental en el límite de la localidad en los barrios Barrancas, Codito, Toberín. Estas zonas son sitios de invasión, con graves problemas de servicios públicos, por la falta de acueducto y alcantarillado y acceso vehicular.

Figura 3-8: Distribución por rango de edad



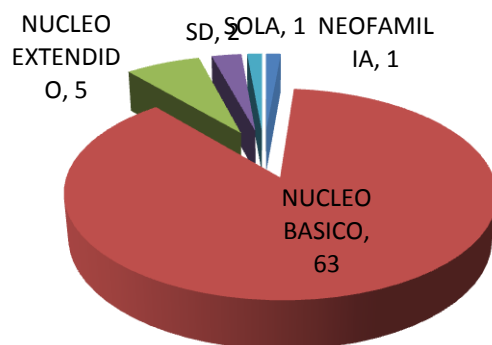
Las MG participantes pertenecen según la figura 3-8 a población joven en las tres localidades. De las 72 mujeres 31 de ellas se encuentran entre los 21 y 30 años de edad, seguidas de 23 entre los 18 y 20 años, mientras que las mayores de 30 años fueron 16.

Figura 3-9: Distribución por nivel educativo



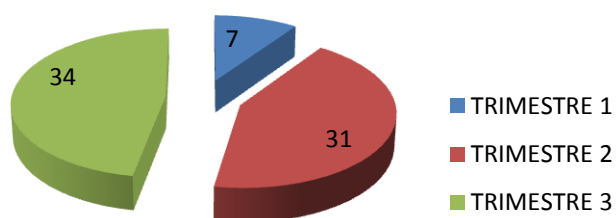
El nivel de escolaridad de las MG participantes según la figura 3-9 fue el siguiente: 32 tienen bachillerato completo, seguidas por 12 con bachillerato incompleto, sin datos 9, nivel técnico 7, primaria incompleta 3, al igual que universidad incompleta, una con Universidad completa y ningún grado de escolaridad una mujer.

Figura 3-10: Personas con las que vive



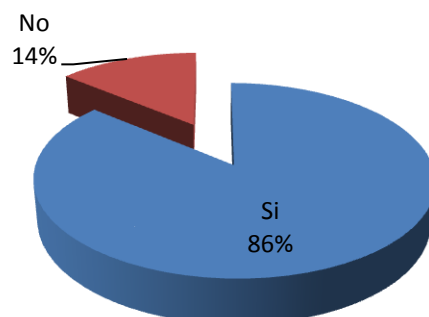
De acuerdo a la figura 3-10 las gestantes participantes en su gran mayoría 63 de ellas viven en núcleo básico (conformado por mamá, papá e hijos), 5 viven en núcleo extendido (pueden incluir abuelos, suegros, primos, etc.), 1 en neo familia y 1 vive sola.

Figura 3-11: Distribución por trimestre de gestación



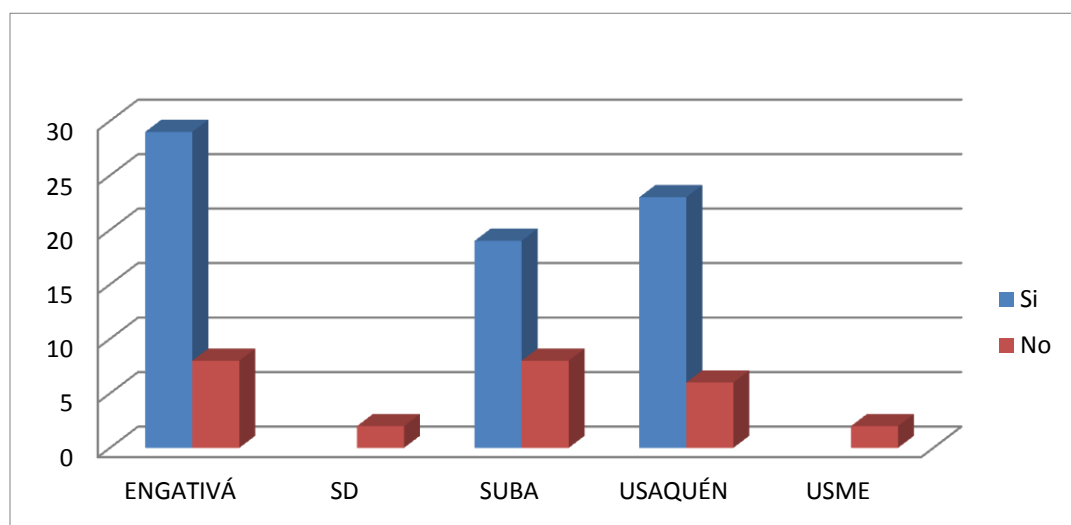
Según la figura 3-11 de las 72 MG 34 participantes se encontraban en el tercer trimestre, 31 en el segundo trimestre y 7 en primer trimestre.

Figura 3-12: Distribución de las participantes según asistencia a consulta odontológica



La mayoría de las gestantes 62 de ellas mujeres habían asistido a la consulta odontológica cuando participaron en la investigación, mientras 10 de ellas no lo habían hecho, según la figura 3-12.

Figura 3-13: Gestantes que asistieron consulta odontológica por localidad



La localidad que presentó la mayor asistencia a la consulta odontológica de acuerdo a la figura 3-13 fue Engativá con 25 MG, seguida de Usaquén con 20 y Suba 17.

4. Capítulo IV: Un mundo en paralelo



Las fotografías anteriores identificadas como Autoretrato Gestante 1, 2, 3 y 4 corresponden a cuatro MG que participaron en los GF en los diferentes hospitales cabe resaltar que ellas señalan dentro de los cambios corporales durante el embarazo: sudoración en las manos, venas varices, dolor de espalda, estrías en el abdomen, senos grandes, caída del cabello. Agregado a lo anterior contaron que: "lloran mucho", tienen "malgenio" y el "esposo ya no la ve como antes".

Los criterios para el análisis de la información tienen en cuenta las categorías planteadas en el proyecto de investigación: Bioética, autonomía, género, cuerpo de las MG y atención en salud. La bioética se posiciona como una categoría no obstante haberla contemplado en el proyecto inmerso dentro de la autonomía. Sin embargo, se considera conveniente que el lector (a) conozca desde el inicio la perspectiva bioética sobre la que se plantea la presente investigación, por lo tanto, esta categoría se expone en el capítulo 1. Adicionalmente se incluye como categoría emergente la maternidad cuyos hallazgos se exponen en el presente capítulo.

Los nueve GF contaron con el apoyo de dos profesionales de las ciencias sociales para hacer interlocución y triangulación de información. Las entrevistas en grupo se desarrollaron de manera dinámica debatiendo y discutiendo los significados de la maternidad y el embarazo, los cambios del cuerpo, los significados de la autonomía, el ejercicio y respeto de esta durante la atención en salud. La actividad en grupo apoyó el recuerdo y las vivencias de las embarazadas de los procesos comunes en torno a los temas tratados. Al finalizar cada GF se retroalimentaba y ajustaba, logrando así el punto de saturación de la información.

Todos los GF y las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas personalmente por la investigadora. 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 entrevistadas individuales. Igualmente este ejercicio enriqueció aún más el proceso de ERR porque al releer y analizar las transcripciones se revivían las experiencias y se reflexionaba sobre otras situaciones no contempladas antes. El ejercicio manual permitió llegar al objetivo propuesto, por lo tanto no se recurrió a ningún software.

Otro de los aportes significativos de la presente investigación es la forma como se interpretan las categorías que de acuerdo a las vivencias, discursos y contras discursos tanto de las MG como de los/ las PsS, 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. En orden los temas abordados son: la maternidad: una puerta de entrada, seguido de los cuerpo de las MG: sus cambios y significados, para continuar con ¿dónde está la boca? y finalizar con el respeto a la autonomía de las gestantes durante la atención en salud.

En cada tema se incluye una introducción seguida de la visión en paralelo que toma fragmentos seleccionados durante el trabajo manual de entrevistas realizadas a gestantes y PsS (Odontólogos/as, Enfermeras/os y Médicos/as) y finaliza con análisis y discusión, en ese espacio también se retoman las dos tesis expuestas en el capítulo 1.

La visión en paralelo es una lectura doble que muestra los encuentros y desencuentros, para que el lector/a interactúe de una manera amena con el texto y pueda hacer su propia interpretación. En algunos casos se remite solamente a lo que dice las gestantes porque como se planteó en la introducción 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 PsS 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 habla desde sus vivencias y los /las PsS lo hacen desde su proceso educativo que contribuye a construir el estereotipo de

mujer embarazada. Lo anterior da como resultado encuentros de poder basadas en relaciones asimétricas, donde no hay posibilidad de diálogo.

4.1 La maternidad: Una puerta de entrada.

Fotografía: Autoretrato Gestante 5. **Edad:** 22 años- III Trimestre de Gestación



La fotografía autorretrato gestante 5 corresponde a una MG de 22 años de edad que asiste a uno de los GF y se identifica con un delfín en la época del embarazo. Al dibujar su cuerpo resalta su maternidad y muestra el “bebé” que lleva dentro. Además habla del ensanchamiento de las caderas y el agrandamiento de los senos.

La maternidad es la puerta de entrada, para comprender los significados que las mujeres embarazadas y los/las PsS 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; porque durante la investigación la maternidad emerge con fuerza como una categoría amplia, que desborda el concepto de gestación y articula las otras categorías. Se considera entonces la maternidad 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 PsS. 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, es decir, sin sujeto mujer.

Ahora bien, desde el discurso familiar, social generizado y biomédico, se construyen ideas morales, jurídicas y fisiológicas acerca de la maternidad que se entrelazan dando como resultado el estereotipo de maternidad que liga a las mujeres con: lo instintivo, la reproducción, su realización personal, lo normativo femenino, el ideal de madre, fuertes estereotipos de género y en la necesidad de que ellas cuiden a otros, sustentado todo lo anterior en la biología. El estereotipo de maternidad se ancla en el cuerpo de todas y cada una de las mujeres, porque, si bien, es cierto que la maternidad se comprende colectivamente, también se construye individualmente.

Por su parte, el discurso biomédico se ajusta al discurso de la verdad revelada del positivismo, que “naturaliza” la maternidad encarnado en el cuerpo femenino. Ese cuerpo femenino que por momentos rechaza los discursos de la maternidad porque no se siente conforme con la connotación de “naturalización” impuesta desde fuera de ellas. Reclamamos 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 PsS reconozcan a las mujeres como sujetas de derechos. Reconocimiento que en la práctica implica profundos cambios en lo social. Porque como dice Taylor citado por Fraser: “...el no reconocimiento o el reconocimiento equivocado...puede ser una forma de opresión”⁸¹.

Cabe resaltar desde el punto de vista histórico que el significado de la maternidad, se transforma en razón a 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 introduce la palabra motherhood para hablar sobre las labores de crianza de las madres.

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

Todo lo anterior lleva a la “maternalización”⁸² 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 asigna a las mujeres la responsabilidad de la crianza de los hijos restringiendo su ámbito de acción dentro de la sociedad y anulando otras posibilidades para ellas.

A su vez, desde el conocimiento y específicamente en el área de la salud los médicos, psicólogos y enfermeras refuerzan la “maternalización” de las mujeres y el rol de ellas en la crianza de los hijos.

⁸¹ Taylor, Charles. Citado por Fraser, N., *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición “postsocialista”*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores – Universidad de los Andes, 1997. p. 22.

⁸² IMAZ, Elixabete. *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2010. p. 24.

En la medida en que consideran como natural en las mujeres el cuidado de los otros por sus supuestas características físicas y psíquicas.

Con respecto a Colombia la maternidad sigue estando en el centro de la vida de la mayoría de la población femenina, situación que evidencia Roa⁸³ 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 revelan 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 PsS, en último lugar desencuentros entre los /las PsS.

Encuentros: Entre las gestantes sobre lo complejo que es para ellas la gestación y la maternidad que involucra todos los aspectos de su vida.

Entre ellas:

MG	MG
“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 mi 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.

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

Sus planes presentes y futuros:

MG	MG
“...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.

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

⁸³ ROA, Mónica. OP.cit., Citada por COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sala plena. Sentencia Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006.

Con el compañero y la familia:

MG	MG
"...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.

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

Con sus amigos/as:

MG	MG
" ya se me minimizan los días con mis amigos, la rumba... ya todo eso se acaba...Se acaba por la salud del bebé y de uno mismo, porque uno debe ser consciente que está creando otra persona y uno no puede salir con la misma rutina que llevaba". DL. 26 años.	"A él le molesta todo lo que tenga que ver con los amigos...". MJ.19 años, tercer trimestre de gestación.

Las MG expresan cambios en sus relaciones sociales que las limitan.

Desencuentros: Entre las vivencias de las MG y el imaginario del discurso biomédico sobre la maternidad:

MG	PS
"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.

Para esta MG el saber que está embarazada fue un evento tan determinante que le cambió la vida y describen el impacto que le generó, en contraste la PsS habla del imaginario idealizado sobre la maternidad de tres siglos atrás que continúa vigente.

MG	PS
"...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.

En otra lectura la MG al saber que está embarazada le produce desconcierto y resignación, por el contrario a la PsS lo ve como algo divino.

Desencuentros: Entre las embarazadas y los/las PsS y acerca del significado de la maternidad:

MG	PS
"Humm, mejor dicho no sabía ni que decir... en ese momento quede, 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.

Los PsS parecen no perciben la diversidad de contextos ni vivencias de las gestantes.

MG	PS
"... no me hallaba embarazada". TP. 18 años, segundo trimestre de gestación.	"Es la parte del desarrollo humano que le permite persistir". MC. PS, hombre.

El discurso científico se diluye en sus creencias frente a la maternidad sustentadas en la naturalización de la función reproductiva de las mujeres.

MG	PS
“Yo lloré pero no sé si fue de alegría o fue de tristeza...”. JN. 21 años.	“Es un milagro de la vida, pues pienso que es un don que dios nos ha dado para poder tener los hijos.... El embarazo como tal pues es el proceso que se da esa nueva vida... el privilegio que tengo yo de dar nueva vida. Yo como mujer”. ML. PS, mujer.

Los PsS en oposición con las gestantes se muestran más idealistas al considerar en general el embarazo como un estado siempre deseado.

Desencuentros: Entre los/ las PS sobre el significado de la maternidad:

PS	PS
“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.

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

Desencuentros: Entre las MG y los y las PS sobre el significado de la maternidad:

MG	PS
“...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.

Para las MG el estar embarazadas tiene muchos cambios a tal punto que puede pensarse que se está enferma, mientras que los y las PsS siguen pensando que es una condición normal.

Desencuentros: Entre las / los PsS sobre el significado de la maternidad:

PS	PS
“Siempre le enfocamos que el embarazo es una condición normal...”. ET. PS, mujer.	“...cualquier enfermedad infecciosa...puede afectar ese embarazo negativamente...” ET.PS mujer.

Durante la gestación se establecen relaciones asimétricas que refuerza los estereotipos de género que sustentados en lo natural, instintivo y normativo femenino se requiere que ellas cuiden a otros bajo los criterios y ordenes de los/las PS.

En las situaciones antes referenciadas se observa que las MG tienen un falso reconocimiento o no se les reconoce como sujetas de derechos por parte de los/las PsS. Las implicaciones que estos hechos tienen se relacionan con la afirmación citada anteriormente por Taylor que dice que el no reconocimiento o el falso reconocimiento se convierte en una forma clara de opresión. Pero a la vez a la luz de la bioética y el género trae como consecuencia que no se respete la autonomía de las gestantes para tomar decisiones el ámbito de la atención en salud.

Por otro lado, lo expresado por las gestantes muestra que la maternidad tiene múltiples interpretaciones dependiendo de 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 de acuerdo al 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 tiene consecuencias individuales e implicaciones tales como convertir a las mujeres en depositarias 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 tal forma que se produce una fuerte presión sobre las mujeres y muestra la carga de significados que tiene el hablar de maternidad, la cual 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 PsS y por otra parte lo planteado por Roa al inicio de este capítulo, en diálogo bioética –género se observa 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, dentro de ese complejo proceso que es la maternidad los/ las PsS durante la atención en salud de las gestantes refuerzan los estereotipos de género, naturalizan la gestación y “maternalizan” a las mujeres.

4.2 Los cuerpos de las mujeres gestantes: sus cambios y significados

Fotografía: Autorretrato Gestante 6. **Edad:** 29 años- III Trimestre de Gestación



La fotografía autorretrato gestante 6 corresponde a una mujer de 29 años de edad que durante el embarazo dice identificarse con el águila y menciona como cambios corporales durante esta etapa que la barriga y los senos le crecen.

Los cambios del cuerpo de las mujeres durante la gestación y los significados que de ellos tienen las embarazadas y los/las PsS permiten acercarnos a 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 Fraser⁸⁴ 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 sistemas 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 PsS sobre los cambios corporales y sus significados durante este período se observaron: encuentros entre las MG y desencuentros entre las MG y los/las PsS.

Encuentros: Entre las MG sobre los cambios corporales durante la gestación:

MG	MG
“...me cambio el estomago...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.

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

Desencuentros: Entre las MG (vivencias) y los/las PsS (discurso biomédico) acerca de los cambios corporales de las gestantes:

⁸⁴ FRASER, Nancy et al. Teoría Feminista y Teoría crítica. España: Artes gráficas Soler, 1990. p. 63.

MG	PS
“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.

La lectura doble muestra que las gestantes y los/las PsS están parados en dos mundos diferentes hablando de los cambios corporales de ellas. Las embarazadas lo hacen desde sus vivencias y los / las PsS desde el discurso biomédico. Lo dicho por los/ las PsS es contrario a lo que describen las MG que atienden. Incluso los /las PsS desconocen o no tienen en cuenta lo que las embarazadas dicen sobre sus cambios corporales, por consiguiente no hay comunicación ni diálogo.

MG	PS
“... 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 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.

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

MG	PS
“...vomité mucho, me sentía muy mal...la espalda... se me durmió...”. OM. 37 años, tercer trimestre.	“...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 tienen que cuidar... Tenemos una fábrica de bebés y tenemos que tener esa fábrica bien”. CD. PS, mujer.

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

Desencuentros: Entre las MG y lo que dicen los / las PsS acerca del embarazo.

MG	PS
“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.

Para las MG bajar de peso, vomitar, tener dolor de cabeza, de espalda, nauseas, o desvelo lo asocian con que algo en su cuerpo no está funcionando bien o se está enferma. En contraste con los/las PsS quienes 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 dentro del personal de salud, es una paradoja para las gestantes.

Según Reyes⁸⁵, 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 mencionado por la autora se incluye 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: el cuerpo de las mujeres es un estereotipo “construido” socialmente centrado en la maternidad, la presente investigación aporta a esta tesis que los cuerpos durante la gestación cambian físicamente de manera radical para las mujeres y para la sociedad. A tal punto que las transformaciones corporales y síntomas descritos por estas mujeres durante el embarazo son la huella más profunda de estar embarazada. Pero así mismo trascienden lo biológico y trasgreden el discurso médico de que el cuerpo de las mujeres esta naturalmente preparado para la gestación.

Agregado a lo anterior las transformaciones físicas de las gestantes perceptibles externamente tienen arraigados significados sociales porque las relacionan con la denominada “naturaleza femenina” que implica unas cualidades como la posibilidad de engendrar vida, la sensibilidad, el cuidado hacia otros que convierten la maternidad en un elemento dominante en la formación de la identidad femenina. Así que, la sexualidad de las mujeres se reduce a la reproducción automáticamente ligada a ser madre, ama de casa, con el hogar como su principal ámbito de acción.

⁸⁵ 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.

También se pudo comprobar que los significados del cuerpo de las mujeres durante la gestación generan cambios en la forma de relacionarse con ellas mismas y su contexto. Porque la gestación conlleva transformaciones simbólicas que hace que ellas se perciban diferentes y se ubiquen en otro espacio como lo expresa estas dos gestante, primera gestante: "...la cara como que también cambia, como la expresión, yo no sé a mí me da la impresión de que es como una expresión de señora...no sé, yo me siento como una señora... uno se ve expresión de señora, digamos no se ve como de niña, como no sé, como antes". AS, tercer trimestre de gestación, segundo embarazo. Segunda gestante: "...los cambios sociales, toda la gente empezó con mucho apoyo hacia mí, más pendientes, toda la gente que habla conmigo que como estoy que como me siento todo, me saludan mucho, yo como que siento que en la calle le miran a uno la barriguita me siento como bonita...", DD. tercer trimestre, segundo embarazo.

Además, el cuerpo de las MG permite analizar la maternidad como un mundo cultural de relaciones que incluyen, entre otras, a las mujeres y las relaciones que se "construyen" con la pareja, la familia, los PsS que las atienden en una estructura social, económica y política determinada.

Por otro lado, 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 identifica que las gestantes están en un doble espacio de subordinación porque adicional a lo antes anotado durante la atención en salud se establecen relaciones asimétricas que no reconocen a las embarazadas como sujetas de derechos.

Con relación a la segunda tesis: durante la gestación, en la práctica clínica en general, se establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres. Lo que muestra esta investigación es que en el ámbito de la atención en salud el poder del conocimiento de los PsS elimina las creencias y conocimiento de las embarazadas, pero además la asociación del embarazo con algo patológico hace que las mujeres sean vistas como frágiles y vulnerables. Esa connotación de frágiles hace que los/las PsS ejerzan control y presión sobre los cuerpos de ellas vulnerando la autonomía de las MG. El control y presión que se ejerce sobre ellas es para que actúen por el bienestar de los fetos a tal punto que estos son más importantes que la mujer gestante⁸⁶.

En ese sentido la población femenina se encuentra bajo lo que menciona Foucault⁸⁷ dos tecnologías de poder entrecruzadas: 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. Para el autor la medicina es un saber/poder sobre el cuerpo y sobre la población; por lo tanto, tiene implicaciones tanto de tipo disciplinar como regulador.

En este aspecto para Lagarde⁸⁸ todos los hechos, tanto culturales como sociales (el conocimiento, el trabajo, la sexualidad, el cuerpo, la subjetividad, etc.), se convierten en espacios de poder que

⁸⁶ PURDY, L. *Op. cit.*, p. 88 - 105

⁸⁷ FOUCAULT, Michel. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000. p. 225.

⁸⁸ LAGARDE, M. *Op. cit.*, p. 830.

implica que dentro de 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 morbi-mortalidad materna. De tal forma que los /las PsS poseedores del conocimiento controlan los cuerpos de las gestantes y deciden sobre las vidas de ellas; desconociéndolas como sujetas de derechos.

Lo analizado y discutido en este apartado muestra que durante la atención en salud el cuerpo de las gestantes en un territorio de tensión y disputa permanente, en consecuencia lleva al fraccionamiento del cuerpo de ellas, además a verlas como un receptáculo o como lo menciona Purdy⁸⁹ el continente del feto que debe cuidarse por el otro.

⁸⁹ PURDY, L. *Op. cit.*, p. 88- 105.

4.3 ¿Dónde está la boca?

Fotografía: Autorretrato Gestante 7. **Edad:** 18 años- III Trimestre de Gestación



La fotografía autorretrato gestante 7 corresponde a una MG de 18 años que muestra una expresión de alegría en su cara, allí ella resalta su boca.

La reflexión por los significados de la boca y la atención odontológica a mujeres embarazadas durante varios años son los elementos que permitieron plantear los interrogantes en la presente investigación. Desde allí surgen inquietudes que motivaron conocer: las concepciones que ellas tienen sobre sus cuerpos, y el embarazo, las relaciones que se establecen entre las gestantes y los/ las odontólogos/as y el ejercicio de la autonomía de las embarazadas durante la atención odontológica. De tal forma que la boca se convierte en una excusa para hablar sobre los derechos de las mujeres, pese a que en la investigación la boca fue el elemento más ausente. La no presencia de la boca llevó a la investigadora a cuestionar y reflexionar qué ocurría y observó que las MG se encuentran abrumadas por la cantidad de cambios físicos y sociales que hace que dentro de sus innumerables preocupaciones no esté la boca, a menos que tenga alguna sintomatología dolorosa o molestia que en algún momento la lleve a consultar al odontólogo/a.

La boca también llamada dentro del área de salud cavidad bucal u oral hace parte del sistema estomatognático y digestivo. En esta cavidad se inicia el procesamiento de los alimentos con la masticación y salivación, así mismo ocurren complejos procesos inmunológicos y se manifiestan o tienen implicaciones alrededor de doscientas (200) enfermedades de las cuales aproximadamente 3% pueden poner en peligro la vida, son ejemplos: la endocarditis infecciosa; la diabetes descompensada; enfermedades malignas del sistema hematopoyético y la asociación entre

enfermedad periodontal y complicaciones del embarazo con parto pretermino y bajo peso al nacer. En estas situaciones el estado general del o la paciente puede verse agravado aun más como consecuencia de una patología oral.

Al mismo tiempo, la boca como parte integral del cuerpo tiene una fuerza simbólica trascendental que a lo largo de la historia la humanidad le ha dado valores y comprensiones diversas, hoy la boca la relacionamos en términos macros con lo político, lo económico y lo social, en términos individuales con el placer, lo sensual, la belleza, lo afectivo, el lenguaje, la comunicación, lo estético, la sonrisa, vinculada a expresiones faciales tales como: alegría, tristeza, preocupación. Y adicionalmente es el sitio del quehacer de la odontología.

La historia de la odontología 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 castigo⁹⁰. Posteriormente en el 7000a.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 hay 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 utilizan las incrustaciones de porcelana y 15 años después el flúor es empleado para prevenir la caries. A mitad del siglo pasado surgen las resinas y las piezas de mano de alta velocidad. En 1970 se introduce la práctica de la odontología a cuatro manos y 10 años más tarde se describen las técnicas para implantes dentales.

A lo largo de los años la odontología con los avances tecno-científicos 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 donde se entrecruza el deseo y la necesidad y se confunde el cuerpo como objeto y como sujeto, configurándose en lo que plantea Escobar⁹¹ como medicina del deseo que tiene como objetivo modificar o mejorar los cuerpos por motivos personales o por presión de los estereotipos de belleza.

Desde otra perspectiva de la odontología se plantean las representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral⁹², la boca como representación⁹³ y nuevos enfoques de la salud oral desde la salud pública⁹⁴. Estas publicaciones aportan a la práctica clínica tradicional de la odontología que

⁹⁰ GARCIA-ROCO PEREZ, Oscar y MENDEZ MARTINEZ, María Josefina. Historia de la cirugía bucal y maxilofacial. *Rev HumMed*[online].2002,vol.2,n.1[citado 2012-08-31],pp.5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es ISSN 1727-8120. (Consulta: 10 Agosto 2012)

⁹¹ ESCOBAR, Jaime. Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo. Op. Cit., pp. 33-51.

⁹² 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. No. 194. Septiembre-Diciembre. pp. 10-59.

⁹³ 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.

⁹⁴ MONTENEGRO, Gino. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. En: *Universitas Odontológica*. Universidad Javeriana. 2011. Vol. 30. No. 64. Enero –Junio 2011.

además de sólidos conocimientos tecno-científicos se requiere tener en cuenta la dimensión social. Esta muestra que durante la interacción paciente-odontólogo se intercambian conocimientos y saberes populares, donde adquiere relevancia entre otros: la tradición, la religión, la estética, elementos racionales y emotivos. Todo lo anterior determina las diversas actitudes y prácticas frente a la salud y enfermedad.

Sin embargo, pese a todos los avances logrados la práctica de la odontología continúa con una visión reducida centrada en el dominio técnico científico de la enfermedad bajo los mismos criterios empiristas del resto del área de la salud. El sustento empirista determina lo sano y lo enfermo, pero además la base de protocolos de manejo de las diferentes enfermedades. Esa misma visión de la odontología centrada en el diente la proyecta el odontólogo/a a la atención de las mujeres embarazadas que por la alta morbi-mortalidad materna mundial, desde hace décadas es considerada población prioritaria para la atención en salud.

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 ésta hace parte del cuerpo que como se vio en el apartado anterior se relaciona y transforma con la cultura a través de los siglos. Si bien, el estudiante de odontología cursa por una serie de asignaturas básicas teóricas y prácticas que inicialmente buscan que el estudiante tenga una visión integral del ser humano y su entorno a medida que avanza en su formación dentro de la Facultad su quehacer 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 que no le permite ver la magnitud del ser humano que tiene frente.

En ese sentido desde la bioética se suscitan 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..."⁹⁵. Y sin sujeto no hay autonomía. Este último aspecto es la base para establecer las relaciones entre los pacientes y los/las PsS, por lo tanto si no se reconoce un sujeto de derechos las relaciones clínicas seguirán siendo asimétricas, donde el conocimiento de verdad de los PsS 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 las siguientes son algunas apreciaciones en paralelo con: encuentros entre las MG, entre los/las PsS, entre MG y PsS y desencuentros entre MG y PsS.

Encuentros: Entre las MG sobre el significado de la boca.

MG	MG
"Los dientes es 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	"La boca si uno no se la asea bien pueden llevar muchas bacterias hacia el bebe, medicamentos, alimentos e infecciones todo va hacia el bebe".

⁹⁵ BERGEL, Salvador. Bioética, cuerpo y mercado. En: Revista Colombiana de Bioética. Vol. 2 N. 1 Enero – junio 2007. Bogotá: Universidad El Bosque - Kimpres, 2007. p. 138.

dientes se ve como sucio". RC. 22 años, segundo trimestre de gestación.	...". VC. 20 años, segundo trimestre de gestación.
---	--

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 dentro del equipo de salud centrado en los dientes de manera aislada olvidándose 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 los deja salir". JN.21 años, segundo trimestre de gestación, primer embarazo.

Encuentros: Entre las MG sobre los cambios en la boca durante el embarazo.

MG	MG
"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.
"...El sangrado de las encías...desde los tres meses y también que se me dañaron las cordales... Ese sangrado de las encías ha persistido...". UD. 29 años, tercer trimestre de gestación.	"Cada que me iba a cepillar me daban ganas de vomitar... yo siempre he cuidado mis dientes yo no podía... el olor refiriéndose a la crema dental". OM. 37 años, tercer trimestre de gestación.

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

Encuentros: Entre los/las PsS sobre los cambios en la boca de las MG durante el embarazo.

PS	PS
"...básicamente se genera cambios hormonales que nos van a afectar un poquito el comportamiento a las encías...". ZE. 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.
"...alteraciones de encía a razón de los cambios hormonales...". MA. PS, mujer.	

Por su parte los/ las PsS. entrevistados hablan que los principales signos y síntomas en cavidad oral durante el embarazo son: alteración, inflamación y sensibilidad de las encías, gingivitis.

Encuentros: Entre las MG y los/ las PsS sobre los cambios en la boca durante el embarazo.

MG	PS
“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 genera cambios hormonales que nos van a afectar un poquito el comportamiento a las encías...”. ZE. PS. mujer. “...alteraciones de encía a razón de los cambios hormonales...”. MA. PS, mujer.

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

Desencuentros: Entre las MG y los/las PsS sobre las creencias y el discurso biomédico.

MG	PS
“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. “... Yo se 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, que 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.	“...La creencia que el bebé se está robando el calcio de los dientes y todo eso pero básicamente se genera 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 exacerbe esos comportamientos...”. ZE. PS. mujer. “...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.

Las gestantes participantes también plantean inquietudes entorno a la perdida 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.

Encuentros: Entre los/las PsS sobre la práctica de la odontología.

PS	PS
“...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 si 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 viene 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.

Lo expresado por las PsS muestra 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 que para las gestantes la boca y la salud oral no se encuentran dentro de sus prioridades, intereses o preocupaciones. Los problemas orales y la atención odontológica no son relevantes durante este periodo de tiempo. Ellas no narraron espontáneamente los significados, ni los cambios sobre esta parte del cuerpo, como tan poco sus experiencias en la atención odontológica durante el embarazo y cuando lo hacen tiene connotaciones de temor y miedo. Los GF como entrevista en grupo fueron los mejores escenarios para estimular los recuerdos y la participación de las embarazadas en este tema.

La ausencia de la boca en las MG posiblemente tiene relación por un lado con lo que menciona Díaz⁹⁶ 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 contra-discursos por parte de los PsS: “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 PsS ejercen presión

⁹⁶ DIAZ, Rosa María. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. En Revista ADM, 2001 .Vol. LVIII.No.2. Marzo-Abril. p .69.

sobre ellas para que asistan a las diferentes consultas incluyendo 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 PsS durante el embarazo son inflamación y sangrado de las encías. Estas manifestaciones las explican los PsS 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-PsS.

4.4 El respeto a la autonomía de las gestantes durante la atención en salud.

Fotografía: Autoretrato Gestante 8. **Edad:** 24 años- III Trimestre de Gestación



La fotografía autorretrato gestante 8 corresponde a una MG de 24 años de edad. Para algunas MG la autonomía durante el embarazo no es de ella sino de otros/as, por consiguiente la mujer se desdibuja como sujeta de derechos.

Después de analizar los temas de maternidad, cuerpo y boca, se profundizó y debatió sobre la autonomía que resultó una situación compleja con las gestantes y los PS porque la mayoría de las/los participantes no habían reflexionado sobre éste tópico. Por consiguiente, fue necesario replantear las preguntas para indagar inicialmente sobre el significado del concepto, luego se abordaron las vivencias y experiencias, para finalizar con la pregunta sobre el respeto a la autonomía durante la atención en salud.

A propósito, del concepto de autonomía, es importante conocer algunos acontecimientos antes de su llegada a la bioética. Durante la Edad Media, las relaciones socio-políticas y médicas se sustentaban en el paternalismo⁹⁷, de 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, los filósofos 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.

⁹⁷ SIMÓN, Pablo. El Consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Editorial Triacastela. 2000. p. 29- 31.

Con el principialismo⁹⁸ la autonomía ingresa a la bioética Anglosajona al lado de la beneficencia, no maleficencia y justicia, Beauchamp y J.F. Childress definen la autonomía como la capacidad de las personas para tomar decisiones. Para los europeos⁹⁹ la autonomía, legado de Aristóteles, tiene que ver entre otras con auto legislación y capacidad de decisión racional y acción sin coerción. Mientras en los países Latinoamericanos el contexto es otro dada la marcada concepción religiosa¹⁰⁰ que es una impronta al momento de tomar decisiones, pero además la ética en general como lo menciona Gracia¹⁰¹ en este continente se relaciona con lo normativo como norma externa sin poder vinculante 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.

Por otro lado, la temática de la autonomía es importante en la bioética, los feminismos y el género al hablar de sujetos. Desde la perspectiva de la bioética la autonomía como dinámica socio-política¹⁰² generó la crisis del paternalismo al cuestionar las relaciones verticales y asimétricas médico-paciente¹⁰³. Así mismo, los feminismos han resignificado¹⁰⁴ el concepto de autonomía unido al control del cuerpo en lo cotidiano y necesaria para la “construcción” de sujetos¹⁰⁵. Por su parte, las voces de mujeres en cruce bioética-género plantean en principio el embarazo como un complejo proceso biológico y cultural, donde la gestante es un agente moral activo¹⁰⁶ y por lo tanto se requiere “reconceptualizar”¹⁰⁷ la autonomía, porque aunque el hombre y la mujer son igualmente responsables por un embarazo, en la práctica hay una profunda asimetría, teniendo en cuenta que sobre la mujer recae la mayor responsabilidad. Y adicionalmente se considera que el feto tiene más relevancia que la embarazada.

Para la presente investigación se construyó la categoría autonomía bajo la perspectiva bioética-género como: “autonomía independencia relacional”, categoría dinámica en permanente construcción, proceso que se hace y rehace constantemente como un efecto colateral de la acción bajo dimensiones que incluyen el plano del sujeto consigo mismo y el plano de las relaciones. Las

⁹⁸ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principios de Ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999. p. 116.

⁹⁹ 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.

¹⁰⁰ ESCOBAR, Jaime. Panorama de la bioética en Colombia. Op. cit., p.25-42.

¹⁰¹ GRACIA, Diego. Pasado, presente y futuro de la ética. Op. cit., p.49-59.

¹⁰² SIMÓN, Pablo. Problemas prácticos del consentimiento informado. Op. cit., p.21.

¹⁰³ Gracia citado por Támara define la relación médico-paciente como un vínculo interpersonal, social o político, la cual respeta la justicia, beneficencia y autonomía. Cfr. Támara, Liliana. La relación médico-paciente. En: Experiencias en bioética. Colección Bios y Ethos No.3 Universidad El Bosque, Santa Fe de Bogotá: Kimpres, 1997. pp.167-194.

¹⁰⁴ GUTIÉRREZ Paula et al. “De la autonomía a la soberanía”. En: Revista En otras palabras. No 18. pp. 19-22. Bogotá: Siglo del Hombre editores, 2010.

¹⁰⁵ ZABALA, Sonia. Autonomía y acción colectiva en la construcción de sujetas políticas. En: Revista En otras palabras. No 18. pp. 23-32. Bogotá: Siglo del hombre editores, 2010.

¹⁰⁶ MEYER. Citada por BOETZKES, Elizabeth. Equality, autonomy, and feminist Bioethics. Op. cit., pp.124-139.

¹⁰⁷ BOETZKES, E. Op. cit., pp.121-139.

decisiones autónomas reflejan las preferencias y deseos en consenso y en conflicto con los otros dentro de la independencia relacional. La configuración de esta categoría surge de los aportes sustanciales de: Pablo Simón Lorda, Onora O'Neill, Laura Purdy, Elizabeth Boetzkes, Diana Meyer, Amelia Valcárcel y Mónica Roa.

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 PsS 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 PsS.

La perspectiva en paralelo en este apartado muestra: encuentros entre las mismas MG, desencuentros entre ellas mismas, encuentros entre los /las PsS, desencuentros entre los /las PsS, encuentros entre las MG y los /las PsS y desencuentros entre las MG y los /las PsS.

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

MG (significados)	MG (vivencias)
"Humm qué es eso, no sé". JN. 21 años, segundo trimestre de gestación.	¡Silencio! JN. 21 años, segundo trimestre de gestación.

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

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

MG (significados)	MG (significados)
"Autonomía, pues decidir las cosas por sí mismo". MJ.19 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.	"...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.

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

Encuentros: entre las MG y los / las PsS sobre los significados del concepto de autonomía.

MG (significados)	PsS (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.
“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, la capacidad de ejercer mi voluntad en determinada situación, sin presión”. ET. PS: mujer

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

Desencuentros: De las gestantes cada una consigo misma entre los significados del concepto de autonomía y la forma cómo viven la autonomía durante el embarazo:

MG (significados)	MG (vivencias)
“Autonomía, pues decidir las cosas por sí mismo”. MJ.19 años, tercer trimestre de gestación.	“...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.

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

MG (significados)	MG (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.

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

MG (significados)	MG (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.

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.

Encuentros: entre los / las PsS sobre los significados del concepto de autonomía.

PS (significados)	PS(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

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

Encuentros: Entre los PsS en la forma como ellos /ellas perciben la autonomía de las embarazadas.

PS (experiencias)	PS(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.

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

Desencuentros: En los / las PsS cada una /uno consigo misma entre los significados de autonomía y la vivencia sobre la autonomía de las gestantes.

PS (significados)	PS(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.

El discurso de los/las PsS cambió al hablar sobre la autonomía de las MG.

PS (significados)	PS(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.

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

A la pregunta sobre el respeto a la autonomía durante la atención en salud las siguientes corresponden a algunas apreciaciones.

Encuentros: Entre las MG y los/LAS PsS acerca de los motivos para asistir a las consultas durante la gestación:

MG	PS
“Las mujeres embarazadas deben asistir a la consulta médica, odontología, enfermería, para que el bebé este bien para evitar que el bebe nazca sin defectos sin enfermedades y nazca bien. JN.21 años, segundo trimestre de gestación.	“... 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 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.

Tanto las MG como los/las PsS 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 Purdy¹⁰⁸ el continente del feto que debe cuidarse por el otro.

Encuentros: Entre las embarazadas y los/las PsS acerca de quién toma las decisiones durante la atención en salud de las MG:

MG	PS
A la pregunta quién toma las decisiones de tratamiento. Respondió: el doctor. Cuando 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 puede tomar, porque le toca venir...". CD. PS, mujer.

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

Encuentros: Entre las MG sobre tratamientos médicos.

MG	MG
"A mí me dicen que lo único que yo puedo tomar es acetaminofén, en cambio él... me mandó... amoxicilina 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...". T A. 20 años, quinto mes.

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

¹⁰⁸ PURDY, L. *Op. cit.*, p. 88 -105.

Encuentros: Entre las MG sobre cómo tomar decisiones en determinados momentos.

MG	MG
“...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.

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

Desencuentros: Entre las MG y los/ las PsS sobre la información de tratamiento médico

MG	PS
“...Eso le pasó a una hermana mía...”...yo pienso que voy es a perder mi bebé, entonces no me tomo es nada...”. TA. 20 años, segundo trimestre de gestación.	“... 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 entienda...el beneficio que ellas tienen pero depende de cada mujer el aceptarlas o el cumplirlas o no...en ese momento tiene la autonomía de hacer las cosas que le recomiendan o no”. MC. PS, hombre.

Los desencuentros entre las embarazadas y los/las PsS sobre la información del tratamiento prescrito, les genera a ellas situaciones conflictivas entre el saber biomédico de los profesionales de salud y las creencias y vivencias de ellas. La decisión de no tomar la medicación se basó en el temor que ella de perder el “bebé”.

Encuentros: entre los / las PsS sobre el cuidado de las MG.

PS	PS
“...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.

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

Encuentros: Entre los / las PsS acerca del respeto a la autonomía de las MG.

PS	PS
“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...Por que 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.

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

Desencuentros: En los / las PsS cada una /uno consigo misma/o acerca del respeto a la autonomía de las MG.

PS	PS
“...Acá... que la mamá tome sus propias decisiones...”. CD. PS, mujer.	“...pero cuando...ellas deciden no venir a sus controles...esa decisión no la puede tomar, porque le toca venir...”. CD. PS, mujer.
“...Aquí yo creo que si se respeta la autonomía de la gestante...”. CD. PS, mujer.	“...a menos de que vaya en contra de su salud...”.CD. PS, mujer.

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

Desencuentros: Entre las embarazadas y los/las PsS al hablar sobre el respeto a la autonomía de las MG.

MG	PS
“...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.
--	--

La preocupación por el control de la morbi-mortalidad materna justifica las relaciones asimétricas que se establecen paciente (MG)-PsS.

Este apartado mostró una gran cantidad de contrastes entre los/las participantes de la investigación tales como: el concepto de autonomía va desde no tener sentido a relacionarlo con capacidad de decidir, ejercer la voluntad sin presión, discursos coincidentes entre los /las PsS sobre el significado de autonomía de las MG, la evidencia de las relaciones de poder que se establecen entre los PsS – MG durante la atención en salud, ya que la imagen que las MG y los/las PsS tienen de las mujeres y específicamente de las MG, del cuerpo durante la gestación, del embarazo, la maternidad y la autonomía de ellas van 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 establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres. La investigación muestra que la relación clínica entre las MG y los/las PsS es según Emanuel y Emanuel¹⁰⁹ un modelo paternalista, donde el médico/a y en este caso también los odontólogos/as y enfermeras/os hace las veces de tutor del paciente dándole información seleccionada que lo lleva a consentir el tratamiento que el médico/a, enfermera/o y odontólogo/a proponen. En esta relación la autonomía del paciente es asentimiento a lo que el médico/a, enfermera/o y odontólogo/a considera que es lo mejor. Hecho 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.

Agregado a lo anterior, el discurso biomédico adolece de perspectiva de género y bioética teniendo en cuenta que los/las PsS ubican las MG en un segundo plano porque le dan al feto en formación status de sujeto, mientras las mujeres se desdibujan como sujetas de derechos, por esa razón no cuentan su autonomía. Adicionalmente, ese discurso biomédico es una paradoja para las MG porque los/las PsS consideran el embarazo por una parte como algo natural y por otra parte como una enfermedad.

En cuanto, a la categoría autonomía construida para la presente investigación bajo la perspectiva de la bioética y el género como: “independencia relacional”, proceso que se hace y rehace como un efecto colateral de la acción bajo dimensiones que incluyen el plano del sujeto consigo mismo y el plano de las relaciones, permitió entender que la autonomía va más allá que la definición misma. El concepto se llena de elementos con las vivencias de las MG en la medida en que se transita por la gestación y la maternidad. Igualmente los/las PsS permiten desde sus vivencias entender que el significado de autonomía en las MG cambia en la relación PsS- MG que se establece durante la atención en salud.

¹⁰⁹ EMANUEL, Ezekiel J. et al. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: COUCEIRO. Bioética para clínico. Madrid: Colección Humanidades Médicas. No. 3, 1999. p.110.

Capítulo V: 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 menciona en el capítulo 1 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 la elaboración teórica y contrastó los hallazgos de la investigación así:

-La investigadora percibió en los tres hospitales públicos de Bogotá: Suba, Engativa y Usaquén donde se desarrollo la presente investigación que durante las prácticas en salud (medicina, enfermería y odontología) los/las PsS no reconocen a las MG que asisten a sus consultas como sujetas de derechos y tampoco tiene en cuenta las creencias y vivencias de ellas. Esta situación de acuerdo a Fraser es un tipo de injusticia cultural o simbólica que citando a Charles Taylor dice: "...el no reconocimiento o el reconocimiento equivocado...puede ser una forma de opresión".

-Los lineamientos de la política pública en salud en Bogotá contempla el modelo de salud integral que incluye diversidad de género, cultural y étnica, e 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 Fraser sobre escalas de justicia se centran en la redistribución, dejando de lado la dimensión política (representación) y cultural (reconocimiento). En ese sentido no se debe olvidar que las tres dimensiones se entrelazan, a tal punto que considera que no hay redistribución ni reconocimiento sin representación¹¹⁰.

-La preocupación de los organismos nacionales e internacionales para disminuir los índices de morbi-mortalidad 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 se considera que el acceso oportuno y la atención de calidad¹¹¹ a los servicios de salud ayudan a prevenir los riesgos¹¹² y complicaciones durante la gestación; sin embargo para la investigadora se

¹¹⁰ FRASER, Nancy. Escalas de justicia. Op. cit., p.49.

¹¹¹ ACHARYA, S. et al. Oral-health-related quality of the life during pregnancy. Op. cit., pp.74-77.

¹¹² 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. 551-559.

requiere tener en cuenta los argumentos de Fraser¹¹³ sobre repensar la esfera pública, en la medida en que para la filósofa lo público es legítimo en la medida en que los individuos (en este caso específico las MG) participen como pares, independiente 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.

-Durante el trabajo doctoral se rastreo el concepto de autonomía¹¹⁴ y se encontró que dicho concepto desde lo socio-político se enmarca en lo colectivo y busca el ejercicio de derechos de los ciudadanos en general; pero cuando la autonomía entra a la bioética se ubica en el plano individual específicamente en la relación PsS-paciente puntualmente en la toma de decisiones sobre tratamientos médicos procedimientos quirúrgicos, colocación de prótesis o artefactos, uso de fármacos y nuevas tecnologías que implica el cuerpo. Y es precisamente en ese ámbito que para la investigadora se desdibujan los límites entre autonomía y justicia, toda vez que 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.

De tal forma que la autonomía de las MG trasciende del plano individual para entrelazarse en el espacio colectivo en las escalas de justicia que plantea Fraser¹¹⁵ por una parte en el qué de la justicia con el reconocimiento en lo cultural de las MG, que en el caso de la presente investigación implica reorientar la mirada de los/las hacia las MG en la atención en salud de ellas donde su autonomía sea reconocida y respetada. Unido a la redistribución en lo económico con distribución equitativa de los recursos en salud en este caso específico en la atención de las MG y la representación en lo político donde el colectivo de MG pueden empezar a aportar y plantear desde ellas mismas políticas públicas en salud con perspectiva de género y luego en un intento por redibujar los límites de la justicia a una escala más amplia preguntándose por él quien de la justicia que tiene que ver con identificar a las MG como sujetas de derechos generizadas.

¹¹³ FRASER, Nancy . Escalas de justicia. Op. cit., pp.178-184.

¹¹⁴ URREA, Fanny. Matices de la autonomía en mujeres gestantes en servicios de salud: Un diálogo bioética-género. Op. cit., pp. 89-106.

¹¹⁵ FRASER, Nancy. Escalas de justicia. Op. cit., p.15.

6. Capítulo VI: Conclusiones

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

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

La MF de Labreque tiene como objetivo hacer visibles a las mujeres para sí mismas, centrándose en ellas como sujetas activas de la investigación. La aplicación de esta metodología se enfocó en las MG motivo de la investigación y las mostró como una población heterogénea con relaciones cambiantes y asimétricas en la interacción con los/las PsS.

Se planeó al comienzo desarrollar la investigación en la consulta odontológica teniendo en cuenta el trabajo previo con 83 MG entre 2003 y 2005 en el Centro Asistencial Ricaurte San José. Allí se identificó que las MG no ven la atención odontológica relevante durante este periodo de tiempo, se decidió entonces ampliar la investigación a los escenarios de la consulta médica y de enfermería para buscar una mayor comprensión de la problemática.

Inicialmente se propuso como categorías: Autonomía, género, cuerpo de las mujeres gestantes y atención en salud. Posteriormente la bioética se posiciona como una categoría propia, no obstante haberla contemplado en el proyecto inmersa dentro de la categoría autonomía. Sin embargo, es conveniente que el lector/a conozca la perspectiva bioética planteada para la presente tesis. Adicionalmente la maternidad emerge con fuerza y articula las demás categorías.

Cabe resaltar que se enfrentaron retos al cruzar dos discursos recientes en construcción bioética-género por lo tanto fue necesario identificar y analizar a profundidad temas comunes como el cuerpo y al autonomía desde cada perspectiva para luego ponerlos a dialogar y enriquecer el panorama de la investigación.

Además para hacer frente a los retos se utilizó la ERR que inicia como un método y se convierte luego además de método en enfoque y texto; algo novedoso para la investigadora inmersa en la actividad clínica hospitalaria y declarada una sujeta más de la investigación que le permite acercarse a comprender desde los actores/es mismos los significados del cuerpo de las MG y su relación con el ejercicio y respeto de la autonomía de las MG durante la atención en salud.

La investigadora 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 PsS. El vivir esa realidad la confrontó con su propia práctica clínica y la llevó a ser crítica y autocrítica con dicho discurso. Igualmente reconoce que la bioética ha puesto en crisis el paternalismo reinante en el ámbito de la salud, por su parte el género permitió identificar las relaciones de poder que se derivan de las interacciones entre la MG y los/las PsS a partir del género de cada uno/a y de sus apreciaciones y vivencias como sujetos generizados en posición de poder o subalternancia.

Al revisar los hallazgos, se encontró que la interpretación de las categorías desde una lectura doble mostraba más claramente las tensiones entre los discursos de las MG y los/las PsS y entre ellas/ellos mismos. Es así como surge la idea de poner estos diálogos en paralelo a través de dos elementos: encuentros y desencuentros, donde las voces de las mujeres siempre aparecen al inicio. En los encuentros se plasman ideas comunes o coincidentes y en los desencuentros se presentan silencios, ideas opuestas o divergencias.

A continuación se presentan las conclusiones de la investigación de acuerdo a 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 se observaron encuentros y desencuentros entre las MG y los/las PsS. Las MG desde sus vivencias expresan que el embarazo modifica toda su cotidianidad. Sorprendió lo complejo que es para ellas la gestación y la maternidad y la manera en que impregnan todos los aspectos de sus vidas; con ellas mismas, su compañero, familia, amigos, sus planes presentes y futuros. Mientras los/las PsS 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 desde dos mundos diferentes; las MG hablan desde 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 PsS lo hacen desde su 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 recae creencias y prejuicios contruidos desde los discursos biomédicos.

Es así como las MG hablan de cambios físicos radicales en sus cuerpos que trascienden lo biológico y conllevan transformaciones sociales con fuerza simbólica, que en este caso en particular se traduce 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, suscitando diversidad de vivencias desde las más gratificantes hasta las más tormentosas.

La amplia gama de situaciones relatadas por las MG se relacionan con que la maternidad se afincan 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 de igual manera. Pero lo que permite que esto ocurra es el discurso biomédico patriarcal ¹¹⁶ que ha creado un imaginario sobre la maternidad y a su vez la maternidad construye un cuerpo-útero, un cuerpo desubjetivizado, es decir, sin sujeto mujer.

En tercer lugar a través de la boca se habló del respeto a la autonomía de las MG y se encontró, al igual que en el trabajo anterior con 83 MG en el Centro Asistencial Ricaurte San José, que las gestantes fueron remitidas a la consulta odontológica por la 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 dentro de sus prioridades, intereses o preocupaciones. Esta situación es vista por los/las PsS como esperable por el temor que genera la consulta odontológica. Adicionalmente las MG piensan que las radiografías y anestésicos ocasionan daños al “bebé”. De otro lado, el discurso odontológico esta instaurado en torno a la caries y más recientemente con la estética, pero no se asocia a otros proceso corporales o de salud –enfermedad.

Con respecto a la práctica de la odontología son innegables los avances tecno-científicos y nuevos enfoques del proceso salud enfermedad oral; sin embargo, su quehacer continúa centrado en la enfermedad, bajo los mismos criterios empiristas del resto del área de la salud. La mirada reducida de la odontológica 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, en términos individuales con el placer, lo sensual, la belleza, lo afectivo, lo estético, 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 dentro de la Facultad su quehacer 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 tal forma que no 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 para los/las PsS entran en permanente contradicción consigo mismos/as y frente a las otras/os.

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

¹¹⁶ 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 desde la vivencia y la práctica, no siempre coincide con la definición tanto en los/las PsS como en las MG, esta es una de las tensiones al interior mismo de la bioética y en su relación con el género.

Como se puede apreciar la práctica de los/las PsS 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 PsS 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 PsS tengan conocimiento de la gestación en términos tecno-científicos, pero en términos sociales en general desconocen que está pasando con sus pacientes y asumirlos más allá de cuerpos enfermos; a sujetos en una condición de salud, en un momento específico tanto en lo individual como en lo global en un momento histórico particular resulta difícil. En ese momento es que se plantea que la formación integral de los/las PsS debe ser un elemento fundamental para su quehacer cotidiano.

6.1 En términos de la bioética se puede concluir:

-Durante los últimos años la bioética reveló que los avances tecno científicos en toda el área de la salud van paralelas con la implementación de nuevas tecnologías sobre el cuerpo donde se entrecruza el deseo y la necesidad, pero además se confunde el cuerpo como objeto y como sujeto, configurándose en lo que plantea Escobar¹¹⁷ 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.

-En ese sentido desde la bioética se suscitan inquietudes y cuestionamientos a la mirada reduccionista de los/las PsS 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..."¹¹⁸. Y sin sujeto no hay autonomía. Este último aspecto es la base para establecer las relaciones entre los pacientes y los/las PsS, por lo tanto si no se reconoce un sujeto de derechos las relaciones clínicas seguirán siendo asimétricas, donde el conocimiento y creencias de los /las PsS invisibiliza los conocimientos y creencias de los pacientes. Aun cuando dentro de los/las PsS estén mujeres, porque el conocimiento de ellas a su vez está atravesado por sus propias vivencias que las ubican en un rol específico dentro del espacio de la atención en salud.

-En el ámbito de la atención en salud el ejercicio de la autonomía de las MG se maneja a través del conocimiento que poseen los/las PsS. De tal forma que ellos presionan a las MG de acuerdo a lo que consideran que se debe hacer desde un "conocimiento oficial". En ese sentido, según los cuatro modelos en la relación médico-paciente descritos por Emanuel Emanuel el modelo imperante es el

¹¹⁷ ESCOBAR, Jaime. Bioética, cuerpos humano, biotecnología y medicina del deseo. Op. cit., pp. 33-51.

¹¹⁸ SEVE, Lucien. Citado por BERGEL. Op. cit., p. 138.

paternalista. En el cual el/la PS como tutor “del” paciente selecciona una información, se la transmite de tal forma que llevan al paciente a consentir el tratamiento, procedimiento, examen, etc. que de acuerdo al Ps es el mejor, la autonomía se percibe entonces como asentimiento. En contraposición con los modelos informativo, interpretativo y deliberativo.

6.2 En términos del género se puede concluir:

-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, 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, donde curiosamente, quien tiene menos poder de decisión es la mujer misma, porque como se observa en el capítulo 4 específicamente en el ítem 4.1 al referirse a la maternidad, allí las MG hablan que durante ese periodo de tiempo hay una marcada influencia del compañero y la familia; a tal punto que algunas de ellas dejaron de estudiar o trabajar por presión de ellos/as. Adicionalmente en el ítem 4.4 que plantea el respeto a la autonomía muestra como algunos/as PsS ejercen presión sobre las MG y entonces:”...ahí no la estamos dejando ser autónoma...” ET .PS, mujer.

-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 PsS refuerzan los estereotipos de género, naturalizan la gestación y “maternalizan” a las mujeres, desde sus propias creencias religiosas o prejuicios, revistiéndolos 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 dentro de 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 una gran cantidad de cambios que las mujeres prefieren ceder su autonomía y evitar el conflicto con el compañero, la familia y los/las PsS ante la presión permanente que ejercen sobre ella en el momento de tomar decisiones.

-Para lograr una mayor equidad y vivencia de la salud como derecho se requiere que tanto la bioética como las/los diferentes PsS reconozcan a los pacientes como sujetos de derechos generizados.

6.3 En términos bioética - género se puede concluir:

-El tema del cuerpo ha tenido un interés permanente tanto para la bioética como para el género, la bioética se ha preocupado por la intervención de los avances tecno científicos sobre éste generando 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.

-Los cambios y significados del cuerpo de las MG de los que hablan tanto ellas como los/las PsS muestran: en primera instancia que son transformaciones físicas que se traducen en transformaciones simbólicas que hacen que ellas se perciban y sean percibidas diferentes y se ubiquen en la maternidad de manera específica, resistiendo o cediendo a la adición de responsabilidad y la negación de su autonomía en muchos casos. En segunda instancia los cambios trascienden lo biológico y trasgreden el discurso médico que contradictoriamente afirma que el cuerpo de las mujeres esta naturalmente preparado para la gestación. En tercera instancia las transformaciones del cuerpo influyen en el significado de la autonomía y en el ejercicio de ésta durante la gestación. Porque los/las PsS tiende a ver a las MG como débiles, inseguras, infantiles 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 mostró que:

Los cuerpos de las mujeres son un continuo entre ser mujer y madre, en la medida en que 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.

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 PsS tienen sobre el cuerpo de las gestantes en los espacios de atención en salud, dejan claro la ausencia del sujeto mujer, para centrarse en el sistema reproductor o los riesgos en el embarazo. De tal forma que durante la atención en salud los/las PsS 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 el “niño”, mientras que ellas se ubican en el último lugar. Con lo cual le dan al feto en formación status 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 PsS cuando hablan del ejercicio de la autonomía de las MG, le dan status de sujeto “ciudadano” al feto en formación, etapa en la cual ellos /ellas (PsS se consideran tuteladores del mismo), mientras que no reconoce a la gestante como sujeto de derechos, hecho que justifica que se ejerza presión sobre las MG, estableciéndose relaciones de poder de los/las PsS sobre la gestante durante la atención en salud que vulnera la autonomía de las MG.

-Bajo 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 PsS no ven a las mujeres como sujetos de derechos, no ven en los cambios corporales la fuerza simbólica que resignifica 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 identifica 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 mostró 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. Mientras que bioeticistas feministas plantean “reconceptualizar” la autonomía al identificar las relaciones asimétricas que se establecen en la gestación al recaer sobre la MG la mayor responsabilidad, basados en una mayor relevancia del feto que de la misma MG.

El discurso biomédico continua 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 humano¹¹⁹, 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 Escobar¹²⁰. Adicionalmente Wills¹²¹ 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 en que 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 donde se reconozca a los pacientes como sujetos de derechos 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 bajo dimensiones que incluyen el plano del sujeto consigo mismo y el plano de las relaciones, se 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 esta se convierte en un espacio transitado por al mujeres donde 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 del plano individual para entrelazarse en el espacio colectivo en las escalas de justicia que plantea Fraser¹²² 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 un intento por redibujar los límites de la justicia a una escala más amplia pregunta por él quien de la justicia.

-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 PsS que las atienden.

-Para finalizar es importante tener presente que a partir de la presente investigación se abrieron interrogantes de posibles trabajos futuros que invitan a seguir caminos para: indagar por el proceso educativo de todos los PsS, a anclar la boca en el cuerpo, a construir nuevos discursos de salud, a abordar el tema de salud transdisciplinariamente en un sistema de salud fragmentado. Donde la bioética, el género y la salud colectiva en conjunto tiene mucho que aportar. Más con los planteamientos de Fraser¹²³ quien considera que la globalización y las inestabilidades geopolíticas de

¹¹⁹ GRACIA, Diego. Pasado, presente y futuro de la ética. Op., cit., p. 49-59.

¹²⁰ ESCOBAR, Jaime. Panorama de la bioética en Colombia. Op., cit., p. 25-42.

¹²¹ WILLS, María Emma. Feminismos: Movimientos anacrónicos?. Op. cit., p. 205.

¹²² FRASER, Nancy. Escalas de justicia. Op. cit., p.15.

¹²³ FRASER, Nancy. Reframing Justice in a globalizing World. New left review 36 .Nov Dec 2005. p. 69-88.

la posguerra están cambiando la forma en que 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 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 que los Derechos de las mujeres son Derechos humanos. Situación que evidencia Roa cuando 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”¹²⁴.

¹²⁴ ROA, Mónica. Op.cit., Citada por COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sala plena. Sentencia Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006.

ANEXOS

Anexo A. Guía grupo focal diseñado (Prueba piloto)

Grupo focal con gestantes “Detectando los cambios en el embarazo y reflexionando sobre mi salud”

Destinado a: 10-12 MG, Red de Salud.

Objetivo General:

Realizar un acercamiento a las representaciones del cuerpo y a los cambios corporales durante el embarazo percibidos por las gestantes invitadas, así como a las nociones que poseen sobre su boca, su salud y el cuidado de su salud oral dentro de la gestación, como forma de alimentar la construcción de un instructivo a ser distribuido en esta población por el Proyecto y de avanzar en el abordaje a los aspectos culturales asociados a la salud oral en este grupo humano.

DESARROLLO ACTIVIDAD

1. Dinámica de Presentación

La presentación de las participantes se hará a partir de las preguntas

- i. ¿Con qué animal se identifica?
- ii. ¿Por qué?
- iii. ¿Qué expectativas tiene sobre este taller?

Una vez las participantes hayan pensado sus respuesta se presentarán al grupo de trabajo con su nombre y socializando las respuestas respectivas.

Duración 15 min.

2. Dibujando cuerpos

Se entregan dos pliegos de papel a cada participante, éstos deben unirse con cinta adhesiva formando una sola superficie. Se pide a las participantes que se ubiquen en parejas de trabajo.

Una de las miembros de la pareja se acostará sobre el papel y la compañera dibujará con marcador la silueta o contorno de la otra. Una vez terminada la silueta cambian de rol.

Cuando cada una de las miembros de la pareja tenga su silueta elaborada, se le pedirá a todas que peguen, con cinta adhesiva, su dibujo en la pared y procedan contestar la pregunta ¿Cómo me veo ahora? Dibujando la respuesta en su silueta.

La pregunta debe hacerse de forma reiterativa buscando que las participantes exploren a fondo la percepción sobre su propio cuerpo.

Para ayudar a profundizar la exploración sobre la forma como ven su cuerpo se formula también la pregunta ¿Qué ha cambiado en su cuerpo? Y se pide que identifiquen esos cambios en el dibujo apoyadas en las siguientes convenciones:

- i. Cambios físicos: Círculo amarillo
- ii. Cambios Emocionales: Triángulo verde
- iii. Cambios sociales: Cuadrado azul
- iv. Cambios espirituales: Círculo violeta

Duración: 30 min

Materiales:

- Dos pliegos de papel periódico para cada participante
- Cinta adhesiva
- Marcadores de colores (enfaticando los colores verde, violeta, amarillo y azul)

3. Socialización cómo veo mi cuerpo

Las participantes, una a una, presentan y explican sus dibujos al grupo en pleno. Es importante incentivar en el grupo la escucha atenta y la atención a todas y cada una de las participantes.

Duración 30 min

4. Conversatorio

Retomando las ideas expresadas por las participantes en la socialización, el coordinador o coordinadora del grupo focal abre un conversatorio sobre la experiencia vivida en la dinámica de dibujar, basándose en las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se sintió haciendo el dibujo de su propio cuerpo?
- ¿Qué le agradó y qué le desagradó de esta experiencia?
- ¿Ha experimentado cambios en la boca durante el embarazo?
- ¿Cuáles?
- ¿Esos cambios han representado problemas?
- ¿Qué ha hecho usted o ha escuchado que hacen otras mujeres frente a estos problemas?
- ¿Qué aprendió de sus compañeras de taller frente a estas u otras situaciones?

Duración: 45 min.

Recursos:

- Un salón adecuado a la realización de esta actividad
- Papel periódico pliego (26 pliegos)
- Marcadores de Colores (negro, verde, violeta, amarillo y azul)
- Papel Silueta (un pliego de color)
- Cinta de Enmascarar (un rollo grande)
- Refrigerios (25)

Anexo B. Consentimiento informado Grupo Focal

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grupo focal con gestantes “Detectando los cambios en el embarazo y reflexionando sobre mi salud”

A. INVITACIÓN A PARTICIPAR

Gracias por considerar participar en el estudio dirigido por el Odontólogo Jaime Alberto Ruíz, de la Universidad El Bosque y otros profesionales de la salud oral de los Hospitales Simón Bolívar, Suba, Usaquén y Engativá.

Usted ha sido elegida para participar en este grupo focal en el marco del estudio sobre los diferentes factores que pueden afectar la salud oral durante el embarazo, el cual es realizado por la Universidad El Bosque. Su participación nos permitirá entender cómo desde la intervención odontología se puede llegar a mejorar su salud y la de su bebé.

B. PROPÓSITO

El propósito de este estudio es verificar si las mujeres gestantes reciben atención odontológica durante el embarazo y si no lo hacen, identificar las causas de esta situación. Se pretende también establecer si el tratamiento e higiene de la boca ayuda a disminuir las complicaciones del embarazo y el parto.

En este contexto, el grupo focal al que la estamos invitando, busca realizar un acercamiento a las ideas del cuerpo y a los cambios corporales percibidos por usted las gestantes durante el embarazo, así como a las ideas que poseen sobre la boca, su salud y el cuidado de su salud oral en el periodo de gestación.

Con estas informaciones queremos comprender los aspectos culturales asociados a la salud oral y construir un material informativo a ser distribuido entre las gestantes.

C. PROCEDIMIENTOS

Si decide participar en este grupo focal, le tomará aproximadamente dos horas; en esta actividad se le invitará a hacer un ejercicio en torno al cuerpo, el cual se realizará mediante un dibujo sobre el que se harán reflexiones y posteriormente participará de un conversatorio o diálogo entre asistentes y coordinadores del taller.

D. RIESGOS E INCOMODIDADES

Su participación en este grupo focal no implica ningún riesgo físico para usted ni su bebé. Al momento de realizar la actividad usted decidirá la forma y posición más cómoda para hacerlo.

En el conversatorio o diálogo algunas preguntas pueden parecerle íntimas; para superar esta incomodidad se hará un acuerdo con todo el grupo para mantener una actitud respetuosa y confidencial, aún así puede suspender su participación en el grupo focal en cualquier momento.

E. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información obtenida en este estudio se mantendrá estrictamente confidencial. Si existe alguna publicación como resultado, usted no será identificada. Durante el grupo focal nos gustaría registrar en audio y fotografía algunas de las actividades a realizar, para este fin usted, al final de esta hoja encontrará un espacio para dar o no su consentimiento.

F. BENEFICIOS

La información que se obtenga a partir de su participación en este grupo focal permitirá al equipo investigador entender los cambios que viven las mujeres en el proceso de gestación, incluyendo las situaciones relacionadas con la salud oral, esto permitirá fortalecer los servicios la atención odontológica para las gestantes.

Al final del grupo focal recibirá información útil para prevenir complicaciones en su salud oral durante la gestación. De igual forma, los investigadores lo invitarán a una posterior reunión para contarle los principales resultados, lo que le servirá para tener los cuidados necesarios en un futuro embarazo.

G. COSTOS

Su participación en este estudio no tiene ningún costo. Todos los materiales, refrigerio y demás elementos necesarios para la actividad serán cubiertos por el estudio.

H. COMPENSACIÓN

Usted no recibirá dinero por participar en el grupo focal.

I. RETIRO DEL GRUPO FOCAL

Su participación en este grupo focal es completamente voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento, avisando a los investigadores.

J. DERECHOS DE LA PERSONA

Usted tiene derecho a preguntar acerca de este estudio y de su participación en él; así como a que sus preguntas se respondan a su completa satisfacción. Usted puede hacer sus preguntas antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo. Si usted desea alguna otra información o tiene preguntas acerca de los derechos de una persona que participa en la investigación, puede contactar a los investigadores de la Universidad de El Bosque o de su hospital en cualquier momento a los números de teléfono que se encuentran al final de este formato.

SU PARTICIPACIÓN EN ESTE GRUPO FOCAL ES VOLUNTARIA. Tiene el derecho a rehusar participar o de retirarse en cualquier momento.

K. ACUERDO

Yo _____ *identificada con la cédula de ciudadanía* No _____ *de* _____ *autorizó a* _____ *a incluirme en el grupo focal la investigación “Detectando los cambios en el embarazo y reflexionando sobre mi salud” en el marco del estudio “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 secretaria distrital de salud”*

Se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la actividad señalada, se me ha informado de manera clara que puedo retirarme del grupo focal en cualquier momento y que la participación en el proyecto, sin que esto pueda afectar mi cuidado prenatal y los tratamientos médicos y dentales durante mi embarazo.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación mencionada y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

Yo he leído y entendido este informe de consentimiento. Estoy de acuerdo en que voy a participar en este grupo focal.

Cuando firme este documento recibiré una copia de este informe de consentimiento.

Autorizo el registro fotográfico y de audio Si _____ No _____

_____/____/____

Nombre del Participante Firma Fecha

Firma de la persona que dio la información a la participante.

Anexo C. Ficha información socio-demográfica
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROYECTO SALUD MATERNA
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN BÁSICA

OBJETIVO: Obtener la información que apoya el taller desarrollado con las gestantes

INSTRUCCIONES PARA LA GESTANTE: Agradecemos de antemano que responda a las preguntas que se le plantean a continuación

Nombre:		
Número de Identificación:		
Edad:		
Con quien vive:		
Lugar de Nacimiento:		
Barrio en el que reside actualmente:		
Cuántas Semanas de Embarazo tiene en este momento:		
Cuántos embarazos ha tenido incluyendo el actual:		
Cuántos Hijos vivos tiene actualmente		
A cuántos controles prenatales ha acudido hasta este momento		
¿Ha consultado al odontólogo durante este embarazo?	SI _____ NO _____	

Observaciones

Anexo D. Guía grupo focal diseñado.

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

Colciencias- Unbosque- Red Norte Secretaría Distrital de Salud

Grupo focal con gestantes “Detectando los cambios en el embarazo y reflexionando sobre mi salud”

Destinado a: Mujeres gestantes

DESARROLLO ACTIVIDAD

a. Dinámica de Presentación

- Nombre
- ¿Con que animal se identifica en este momento de la vida y por qué??

b. Dibujando cuerpos, resaltando cambios

Se entregan dos pliegos de papel a cada participante, éstos deben unirse con cinta adhesiva formando una sola superficie. Se pide a las participantes que se ubiquen en parejas de trabajo. Una de las miembros de la pareja se acostará sobre el papel y la compañera dibujará con marcador la silueta o contorno de la otra. Una vez terminada la silueta cambian de rol.

Cuando cada una de las miembros de la pareja tenga su silueta elaborada, se le pedirá a todas que peguen, con cinta adhesiva, su dibujo en la pared y procedan contestar la pregunta ¿Cómo me veo ahora? Dibujando la respuesta en su silueta.

La pregunta debe hacerse de forma reiterativa buscando que las participantes exploren a fondo la percepción sobre su propio cuerpo.

Para ayudar a profundizar la exploración sobre la forma como ven su cuerpo se formula también la pregunta ¿Qué ha cambiado en su cuerpo? Y se pide que identifiquen esos cambios en el dibujo apoyadas en las siguientes convenciones:

Cambios corporales: Círculo amarillo

Cambios emocionales: Triángulo verde

Cambios sociales (pareja, familia, trabajo, estudio, etc.,) Cuadrado azul

Dinámicas religiosas y espirituales: Círculo violeta.

Socialización cómo veo mi cuerpo

Las participantes, una a una, presentan y explican sus dibujos al grupo en pleno. Es importante incentivar en el grupo la escucha atenta y la atención a todas y cada una de las participantes.

Retomando las ideas expresadas por las participantes en la socialización, el coordinador o coordinadora del grupo focal abre un conversatorio sobre la experiencia vivida en la dinámica de dibujar, basándose en las siguientes preguntas:

¿Cómo se sintió haciendo el dibujo de su propio cuerpo?
¿Cómo se dio cuenta que estaba embarazada, que hizo en ese momento, cuantos meses tenía?
¿Cómo fue esa primera visita al médico y cómo la incluyeron en el programa?
¿Qué les dijeron que deberían hacer, les comentaron que iba a pasar de ese momento en adelante?
¿Cómo ha sido la relación con el personal de salud desde que las atendieron por primera vez?
¿Cómo considera que debe ser la atención médica?

¿Cuáles han sido los cambios físicos más relevantes que han experimentado, como se sienten con ellos?
¿Ha experimentado cambios en la boca durante el embarazo?
¿Cuáles?
¿Esos cambios han representado problemas?
¿Qué ha hecho usted o ha escuchado que hacen otras mujeres frente a estos problemas?
¿Cómo ha sido la atención odontológica?

¿Qué cambios emocionales han sentido?
¿Ha cambiado la relación con la pareja, la familia, la educación, el trabajo, la sociedad?
¿Desde lo religioso cómo ha afectado su condición de embarazo actual?
¿Qué ha pasado con su tiempo libre?
¿Qué es para usted la autonomía?
¿Qué pasa con la autonomía de las mujeres durante el embarazo?

¿Qué aprendió de sus compañeras de taller frente a estas u otras situaciones?
¿Qué le agradó y qué le desagradó de esta experiencia?

Anexo E. Consentimiento Informado para entrevistas semiestructuradas dirigido a mujeres gestantes.

Proyecto de investigación: “El Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud oral. Diálogo entre bioética – género”, dentro del proyecto de investigación: “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”.

La información suministrada por usted es un aporte importante a la presente investigación. Existe un compromiso a la reserva de la información suministrada esta es absolutamente confidencial, anónima y por lo tanto se garantiza:

- a. La información suministrada por usted será utilizada únicamente para los fines de este estudio.
- b. Su nombre no será incluido en ningún informe oral o escrito, su testimonio es totalmente anónimo.
- c. Su participación es voluntaria, por lo tanto usted está en libertad de responder o no las preguntas, o de retirarse en el momento que considere.

Si usted está de acuerdo en participar en esta entrevista le solicitamos firmar.

Firma investigadores responsables

Firma de persona entrevistada.

Anexo F. Guía entrevista semiestructurada a MG.

Guía entrevista mujeres gestantes

Fecha:

Nombre:	Edad
Procedencia:	Hospital donde es atendida:
Ocupación actual:	Nivel de escolaridad:
No de embarazos:	Mes en el cual se inicia la atención medica:
Que especialistas la han visto:	

Significados sobre el cuerpo de las mujeres gestantes (MG).

- f. ¿Cómo y cuando supo que estaba embarazada? ¿qué pensó y sintió?
- g. ¿Su vida ha cambiado con el embarazo? ¿Cómo?
- h. ¿Cuáles son los cambios más significativos para usted con el embarazo? (corporales, pareja, familiares, sociales, religiosos)
- i. ¿Qué cosas **NO** hace ahora que **Si** hacía antes?
- j. ¿Qué cambios ha tenido su boca con el embarazo? Si los ha tenido ¿cómo los ha atendido?

Significados sobre el respeto a la autonomía.

- f. ¿Qué entiende por autonomía?
- g. ¿Cómo considera que la ejerce o vive?
- h. ¿Cómo sería tener autonomía sobre el cuerpo?
- i. ¿Qué considera que pasa con la autonomía de las mujeres durante el embarazo?
- j. ¿En qué momento cree que las mujeres pueden sentirse presionadas a tener hijos/as?

Atención en salud.

- h. ¿En qué mes ingreso al programa, cómo fue y ha sido el proceso de atención?
- i. ¿Por qué las mujeres embarazadas deben asistir a la consulta médica, odontológica y de enfermería?
- j. ¿Cómo ha sido la relación con los diferentes profesionales de salud?
- k. Durante la consulta médica, de enfermería y odontológica quien toma las decisiones sobre los exámenes, tratamientos, dietas, ejercicios, etc?
- l. Cuando usted ha tomado las decisiones el médico, la enfermera o el odontólogo le ha respetada las decisiones?.
- m. ¿Qué cambios le haría a la atención que ha recibido hasta ahora? (médico/a, la enfermera/o, el odontólogo/a)
- n. ¿Cómo ha sido la atención odontológica? Cuando inicio, quien la envió, que pensó, que le dijeron, quien la atendió, que pensó de lo que le dijeron, etc

El equipo investigador le agradece la disposición y el tiempo para realizar

Anexo G
Consentimiento Informado dirigida a médicos/as, odontólogos/as, enfermeras/os.

Proyecto de investigación: “El Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud oral. Diálogo entre bioética – género”, dentro del proyecto de investigación: “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 Secretaria Distrital de salud”.

La información suministrada por usted es un aporte importante a la presente investigación. Existe un compromiso a la reserva de la información suministrada esta es absolutamente confidencial, anónima y por lo tanto se garantiza:

- a. La información suministrada por usted será utilizada únicamente para los fines de este estudio.
- b. Su nombre no será incluido en ningún informe oral o escrito, su testimonio es totalmente anónimo.
- c. Su participación es voluntaria, por lo tanto usted está en libertad de responder o no las preguntas, o de retirarse en el momento que considere.

Si usted está de acuerdo en participar en esta entrevista le solicitamos firmar.

Firma investigadores responsables

Firma de persona entrevistada.

Anexo H. Guía entrevista personal de salud.

Guía entrevista personal de salud.

Fecha:

Nombre:	Edad:	Género:
Hospital donde trabaja:	Servicio donde trabaja	
Especialidad:	Ocupación actual:	
Experiencia profesional en años:	Entrevistador/a:	

Significados sobre el cuerpo de las mujeres gestantes (MG).

- a. ¿Qué es para usted la maternidad? ¿y el embarazo?.
- b. ¿Qué cambios genera el embarazo en las mujeres? (corporales, pareja, familiares, sociales, religiosos)
- c. En qué circunstancias cree que las mujeres pueden sentirse presionadas para tener hijos/as
- d. ¿Cómo afecta la gestación la boca de las mujeres?
- e. ¿De la descripción anterior como se lo explica o dice a las mujeres gestantes?
- e. ¿Qué significado tiene para usted el cuerpo de la mujer embarazada?.

2. Significados sobre la autonomía.

- a. ¿Qué es para usted la autonomía?
- b. ¿Cómo se da la autonomía de las mujeres durante el embarazo?
- c. ¿En qué momentos considera que el personal de salud tienen o NO presente la autonomía de las mujeres gestantes y por qué?
- d. ¿Cómo promueve la atención medica en sus diferentes áreas la autonomía de las mujeres o como la debería promover y de las mujeres en gestación?

3. Atención en salud.

- a. ¿Cómo es el proceso de atención a las mujeres gestantes? La ruta que siguen las mujeres (vinculadas, subsidiadas, contributivo)
- b. ¿Qué le modificaría para mejorar la atención de las MG?
- c. ¿Considera usted que la atención que reciben las mujeres embarazadas actualmente o en su lugar de trabajo tiene en cuenta, respeta o promueve la autonomía de las MG?

Bibliografía:

ACHARYA, S. et al. Oral-health-related quality of the life during pregnancy. En: Journal Public Health Dent, 2009.

AGRA, María José. Las mujeres y la ética. En: Anthropos. Boletín de información y documentación. Barcelona: Editorial del hombre. No. 96 (mayo), 1989.

BANCO MUNDIAL. Informe anual 2009. Reseña del ejercicio [http:// www.worldbank.org](http://www.worldbank.org). Washington, D. C. EE. UU.

BANCO MUNDIAL. Informe sobre mortalidad materna en 2005. [http:// www.worldbank.org](http://www.worldbank.org). Washington, D. C. EE. UU.

BARAK, S. et al. Evidence of periopathogenic microorganisms in placentas of women with preeclampsia. En: Journal Periodontol. 2007.

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 No. 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.

BUTLER, Judith. Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Witting y Foucault. En: Teoría feminista y teoría crítica Valencia, 1990.

_____. Lenguaje, poder e identidad. Madrid: Editorial síntesis, S.A.2009.

DE BEAUVOIR, Simone. El segundo sexo. 2. La experiencia vivida. México: Ediciones Siglo Veinte, 1994.

DIAZ, Rosa María. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. En Revista ADM, 2001 .Vol. LVIII.No.2. Marzo-Abril.

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.

EBERSOLE, JL. Et al. Potencial pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. En: Clin Exp Immunol. 2010.

EMANUEL, Ezekiel J. et al. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: COUCEIRO. Bioética para clínico. Madrid: Colección Humanidades Médicas. No. 3, 1999.

ESCOBAR, Jaime. Dimensiones Ontológicas del cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la Medicina. Colección BIOS y *Ethos* No.2 Universidad El Bosque, Bogotá: Kimpres, 1997.

_____. Panorama de la bioética en Colombia. En: Problemas de ética aplicada. Colección Bios y Ethos No. 4 Universidad El Bosque, Santa Fe de Bogotá: Kimpres, 1997.

_____. Bioética, cuerpos humano, biotecnología y medicina del deseo. En: Revista Colombiana de Bioética, Vol. 2. No. 1. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2007.

FLICK, Uwe. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morato, 2007. p. 127.

FOUCAULT, Michel. Defender la sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.

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

_____. Escalas de justicia. España: Herder, 2008.

_____. Reframing Justice in a globalizing World. New left review 36 .Nov Dec 2005.

GARCIA-ROCO PEREZ, Oscar y MENDEZ MARTINEZ, María Josefina. Historia de la cirugía bucal y maxilofacial. *Rev HumMed*[online].2002,vol.2,n.1[citado 2012-08-31],pp.5.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100002&Ing=es&nrm=iso&tlng=es ISSN 1727-8120. (Consulta: 10 Agosto 2012)

GRACIA, Diego. Pasado, presente y futuro de la ética. En: Memorias 2o. Congreso de bioética de América Latina y del Caribe, Cenalbe. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1999.

_____. citado por Támara, L., La relación médico-paciente. En: Experiencias en bioética. Colección Bios y Ethos No.3 Universidad El Bosque, Santa Fe de Bogotá: Kimpres, 1997.

GUBER, Rosana. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Bogotá: Norma, 2001.

GUTIÉRREZ Paula et al. De la autonomía a la soberanía. En: Revista En otras palabras. No 18. Bogotá: Siglo del Hombre editores, 2010.

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: Editorial Norma, 1.995.

ILLICH, Ivan. Medical Némesis. The Expropriation of Health. New York: Pantheon books, 1976.

IMAZ, Elixabete. Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación. Madrid: Ediciones Cátedra, 2010.

JARAMILLO, Isabel Cristina. ALFONSO, Tatiana. Mujeres, cortes y medios: Reforma judicial del aborto. Bogotá: Siglo del Hombre Editores. 2008.

KANT, Emanuel. Crítica de la razón práctica. México: Porrúa, 1989.

KOTTOW, Miguel. Bioética en Chile. En: Perspectivas de la bioética en Iberoamérica. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007.

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 Fé de Bogotá: Anthropos, 1989.

LAGARDE, Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 3ª. ed. México: Universidad Autónoma de México, 1997.

LAMAS, Martha. Género e identidad. En: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Bogotá. Ediciones Uniandes. 1995.

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

LÓPEZ, Néstor et al. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. En: Journal Periodontol, Vol. 76 No. 11. 2005.

LOPEZ, Oliva, Et al. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. En Medicina Social. 2008.Vol.3.No.4.

LUNA, Javier. La bioética en Bolivia: antecedentes y proyecciones. En: Perspectivas de la bioética en Iberoamérica. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007.

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.

MEYER. Citada por BOETZKES, Elizabeth. Equality, autonomy, and feminist Bioethics. En Embodying Bioethics Recent Feminist Advances. New York: Oxford, 1999.

MICHALOWICZ, Bryan S. et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. En: The New England Journal of Medicine, 2006.

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

MONTENEGRO, Gino. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. En: Universitas Odontológica. Universidad Javeriana. 2011.

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.1998.

NOVOA, Edgar. "Identidad y Bioética: los desafíos en el cambio de milenio". En: Revista Colombiana de Bioética, Vol. 2, No. 1, Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2007.

OFFENBACHER, S et al. Oral Therapy to reduce Obstetric Risk investigators. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial. En: Obstetrics & Gynecology, 2009.

OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>

OMS. 10 datos sobre la salud materna. 2010. http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/

OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/

Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS) 27 de Septiembre de 2011 <http://www.who.int/Whr/>. Washington ,D.C.

O'NEILL, Onora. Autonomy and trust in Bioethics. New York: Cambridge University Press, 2002.

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 No. 28 Universidad El Bosque, Departamento de Bioética. Bogotá: Kimpres, 2011.

PESSINI, Leo et al. Perspectiva de la bioética en Iberoamérica. Chile: Organización Panamericana de la salud, 2007.

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.

PURDY, Laura. Are pregnant women fetal containers? En: Reproducing persons. Issues in feminist bioethics. United States of America. Cornell University Press. 1996.

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

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.

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

SARMIENTO, MARÍA INÉS. Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Bogotá: Universidad El Bosque, 2009.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. 2002. Áreas de Análisis y políticas de la oferta.

SECRETARIA 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.

SEVE, Lucien. Citado por BERGEL, S; Bioética, cuerpo y mercado. En: Revista Colombiana de Bioética. Vol. 2 No. 1 Enero – junio 2007. Bogotá: Universidad El Bosque - Kimpres, 2007

SIMÓN, Pablo. Problemas prácticos del consentimiento informado. Barcelona: Fundación Victor Grífols. 1999.

_____.El Consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Editorial Triacastela. 2000. p. 29- 31.

TAYLOR, Charles. El multiculturalismo y “La política del reconocimiento”. México. Fondo de cultura económica.1993.

_____. Citado por Fraser, N., *Iustitia Interrupta*. Reflexiones críticas desde la posición “postsocialista”. Bogotá: Siglo del Hombre Editores – Universidad de los Andes, 1997. p. 22.

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.

_____. El cuerpo de las mujeres gestantes: un dialogo entre la bioética y el género. En: Revista Colombiana de Bioética. Vol.7 No.1. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2012.

_____. Matices de la autonomía en mujeres gestantes en servicios de salud: Un diálogo bioética-género. Revista Colombiana de Bioética. Vol.7 No.2 .Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2012.

VALCARCEL, Amelia. La política de las mujeres. Madrid: Universidad de Valencia. Instituto de la mujer, 2004.

VIVEROS, Mara y GARAY Gloria. Cuerpo, diferencias y desigualdades. Santa fé de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios sociales, CES. 1999.

WILLS, María Emma. Feminismo y democracia: más allá de las viejas fronteras. En: Autores varios, Análisis político, Bogotá. No. 37. 1.999.

_____. 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.

_____. 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.

www.saludcapital.gov.co. (Consulta: 23 noviembre 2006)

ZABALA, Sonia. Autonomía y acción colectiva en la construcción de sujetas políticas. En: Revista En otras palabras. No 18. Bogotá: Siglo del hombre editores, 2010.