

*El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género**

The pregnant women's body: a dialogue between bioethics and gender

Fanny Consuelo Urrea Mora**

Resumen

El cuerpo ha sido tema de interés permanente tanto para la bioética como para el género. La preocupación de la bioética, desde sus inicios, ha girado entorno de la intervención de los avances tecnocientíficos sobre el cuerpo planteando interrogantes como los límites entre lo natural y lo artificial; la visión del sujeto; la perspectiva de la vida, de la enfermedad y la muerte. El género por su parte, ha evidenciado el problema de los cuerpos diferentes: el cuerpo de las mujeres ha tenido una connotación de inferioridad por ser diferente y como consecuencia se ha excluido y discriminado a la población femenina a lo largo de la historia hasta hoy. Este artículo de reflexión aporta una perspectiva analítica entorno al cuerpo de las mujeres gestantes. Recurre a fuentes originales en un diálogo entre la bioética y el género por el interés compartido sobre el tema. Muestra que modificaciones del cuerpo, significados y simbolismos durante la gestación generan cambios en la forma de relacionarse con ellas mismas y su contexto.

Palabras clave: bioética, cuerpo, gestante, autonomía, género.

Abstract

The body has been permanently a topic of interest for bioethics, as well as for gender. Since its beginnings, the concern of bioethics has gone around the intervention of techno-scientific advances on the body, posing questions such as the separating boundary of what is natural and artificial; the vision of subject, the perspective of life, illness and dead. As for gender, it has evidenced the problem of the different bodies: women's bodies have had a connotation of inferiority for being different and as a consequence, female population has been discriminated against along history up to nowadays. This article of reflection contributes an analytic perspective of pregnant women's bodies. It resorts to original sources in a dialogue between bioethics and gender due to their common interest in the topic; and, it shows that body modification, meanings and symbolisms that take part during the gestation generate changes in the way pregnant women interact with themselves and their context.

Key words: bioethics, body, pregnant, autonomy, gender.

* Este artículo tuvo la tutoría de la profesora Constanza Ovalle Gómez, Ph. D. en Ciencias sociales, Niñez y Juventud. Documento entregado el 23 de enero de 2012 y aprobado el 07 de mayo de 2012.

** Odontóloga Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Estomatología Universidad Javeriana, Especialista en Filosofía de la Ciencia y Bioética Universidad El Bosque, Magíster en Bioética Universidad El Bosque, Profesora Asistente Facultad de Odontología Universidad El Bosque. Correo electrónico: fanny_urrea@yahoo.com.mx

Introducción

La reflexión alrededor del cuerpo de las mujeres gestantes, se inicia con los planteamientos generales sobre la forma como se tratará el tema y la exposición de dos tesis entorno al problema para desarrollar. Luego hace referencia a la metodología, continúa con la discusión de los resultados obtenidos de la revisión de diferentes autoras y autores en tres subtítulos: el cuerpo en occidente, “construyendo” el cuerpo desde la cultura y el cuerpo centrado en la reproducción. Finalmente, se presentan discusión y conclusiones, que dejan planteadas propuestas para desarrollar con mayor detalle en la tesis doctoral¹.

El cuerpo se contempla con una visión amplia así: “La complejidad y vivencia del cuerpo humano al igual que su conceptualización desborda su determinación somática deducida de la física, la química o la biología; no se puede ignorar la capacidad simbólica del cuerpo de relacionar las cosas y los seres”². Esta visión del cuerpo en general, y en particular el de las mujeres gestantes, incluye aspectos biológicos, pero va más allá para extenderse a los significados y simbolismos que éste tiene en la cultura occidental: se relaciona con los deseos, las frustraciones, los anhelos y la historia individual tejida en la interacción con los otros. La delimitación del tema a la sociedad occidental, específicamente a partir del decenio de los 70 del siglo pasado, considera dos aspectos:

El primer aspecto es el surgimiento de la bioética³ en Estados Unidos como un nuevo saber pluralista en los años 70, ligada al impacto del desarrollo vertiginoso de la biotecnología. Desde entonces según Novoa⁴ se contempla el cuerpo como un lugar del quehacer de la bioética, como un ámbito estratégico de sentido y significado, pero también de confluencia de lo simbólico, lo sociológico y lo físico.

Ese quehacer de la bioética sobre el cuerpo hace referencia a la preocupación sobre la intervención de los avances tecnocientíficos sobre éste, porque en la cultura occidental contemporánea, diversa y plural, se puede ver en el cuerpo el impacto de los acelerados cambios dado por las nuevas tecnologías, procedimientos quirúrgicos, colocación de prótesis o artefactos y el uso de fármacos.

La implementación de nuevas tecnologías desde el inicio de la vida pueden, como lo menciona Escobar⁵, convertir el organismo humano en una combinación hombre-máquina: el *cyborg* configurado actualmente como un concepto de poshumanidad. En ese espacio también se entrecruza el deseo y la necesidad y se confunde el cuerpo como objeto y como sujeto.

Lo anterior plantea interrogantes desde la bioética como el concepto de cuerpo, la visión del sujeto, los fines de la medicina, la perspectiva de la vida, la enfermedad y la muerte, la salud atada a las leyes del mercado y la medicalización del cuerpo y la vida. En este último aspecto según Illich⁶ la medicina es una empresa moral

¹ La tesis Doctoral que se viene desarrollando se denomina: “El Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud oral. Diálogo entre bioética – género”, como parte del macro proyecto: “El Derecho a la atención en salud de las mujeres durante el embarazo: una aproximación desde la accesibilidad a los servicios de salud oral de gestantes atendidas por la red norte de la Secretaría Distrital de salud” financiado parcialmente por Colciencias referencia: Grant No 1308-493-26234.

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

³ POTTER. Van Rensselaer. Bioethics. Bridge to the future. Englewood Cliffs. New Jersey: Printice-Hall, 1971. 196p.

⁴ NOVOA, Edgar. Identidad y Bioética: los desafíos en el cambio de milenio. Revista Colombiana de Bioética, volumen 2 (1): 93-113. 2007.

⁵ ESCOBAR, Jaime. Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo. Revista Colombiana de Bioética, volumen 2 (1): 33-51. 2007.

⁶ ILLICH, Ivan. Medical Némesis. The Expropriation of Health. New York: Pantheon books, 1976. 277p.

y, por lo tanto, da contenido al bien y al mal. La medicalización del cuerpo, la salud, la vida y la sociedad en general se da también ante el enorme mercado de ofertas de o para la salud de tratamientos, métodos y prácticas en salud que invaden todos los espacios de la vida. Por lo tanto, la comprensión de la salud y de la enfermedad se reduce a lo biológico.

La aparición de la bioética en la práctica clínica ha promovido ver al paciente como un sujeto con derechos y entre éstos el respeto a su autonomía. La autonomía según Simón Lorda⁷ implica un cambio de perspectiva radical respecto a lo que deben ser las relaciones humanas, donde primen relaciones simétricas buscando dejar de lado el paternalismo. Igualmente hay que recordar que la autonomía, principio clave desde los inicios de la bioética, surge del ámbito socio-político y se extiende al plano de la atención en salud, cuando se ponen sobre la mesa dilemas bioéticos relacionados con los impactos de los avances tecnocientíficos.

El respeto a la autonomía en la bioética, cristalizado en los derechos de los pacientes⁸ y en la perspectiva principialista, tiene un papel importante, porque hace visible al paciente y busca transformar el esquema de atención paternalista tradicional. Ese cambio de perspectiva implica relaciones simétricas entre sujetos autónomos. Se proponen con la autonomía otros principios como la no maleficencia, la beneficencia y la justicia que guían acciones terapéuticas⁹ y la protección de los pacientes y/o sujetos de investigación.

El segundo aspecto es la teoría social contemporánea específicamente los feminismos. La teoría social contemporánea es posterior a la segunda guerra mundial cuando se consolidaron diferentes disciplinas sociales, inicialmente en los Estados Unidos y otros países desarrollados. Dentro de dicha teoría se incluyen diferentes perspectivas como las siguientes: modelos del funcionalismo, teoría del conflicto, sociología fenomenológica, interaccionismo simbólico, teoría feminista, teoría crítica, posmodernismo, pos materialismo, teoría de sistemas.

El interés por el tema permite el planteamiento de dos tesis:

Primera tesis: el cuerpo de las mujeres es un estereotipo “construido” socialmente centrado en la maternidad. Ese estereotipo trae consecuencias individuales e implicaciones sociales cargadas de rasgos políticos. Dentro de las consecuencias individuales y sus implicaciones está el hecho de que la “construcción” social de la maternidad convierte a las mujeres en depositarias de los deseos de otros, en la medida en que aquélla se percibe no solamente como un deseo y preocupación de ellas, sino además de los hombres, las familias y la sociedad.

Esta primera tesis surge de los aportes sustanciales de Roa¹⁰ 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 Mill y Simone de Beauvoir.

Por su parte Mill¹¹, en 1869, en su libro *La Sujeción de las mujeres* fue el primero que puso en discusión el concepto de la “naturaleza femenina” y afirmó que ese concepto era el resultado del

⁷ SIMÓN LORDA, Pablo. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid: Triacastela, 2000. p.131.

⁸ ESCOBAR, Jaime. Cartas de derechos del paciente. Declaración de Lisboa. Octubre de 1981. En: ESCOBAR, Jaime (Director). Códigos, convenios y Declaraciones de Ética médica, Enfermería y Bioética. Colección Bios y Ethos volumen 8. Bogotá: Kimpres Ltda, Universidad El Bosque, 1998. pp. 57-58.

⁹ BEAUCHAUMP, Tom. CHILDRESS James. Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition. New York: Oxford University Press, 2009. 416p.

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

¹¹ MILL, Jhon Stuart y TAYLOR, Harriet. Ensayos sobre la igualdad sexual. Madrid: Machado Libros, 2000. p. 145.

contexto histórico, cultural y social. Los planteamientos de la filósofa francesa Simone de Beauvoir, igualmente, hablan de que la subordinación de la población femenina se construye dentro de la cultura con los estereotipos masculino y femenino cuando dice: 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 quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino"¹².

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 Foucault, Laura Purdy, Elizabeth Boetzkes y Mónica Roa.

Y es así como, Foucault citado por Viveros¹³ plantea que en las sociedades modernas el poder tiene un claro objetivo: el cuerpo y, además, el conocimiento está ligado con el poder y éste se evidencia en las prácticas sociales como la medicina y la implantación de nuevas tecnologías entre otras.

En el caso de las mujeres embarazadas Purdy¹⁴ considera que el control sobre los cuerpos de ellas 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.

Para Boetzkes¹⁵ 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.

En última instancia, la representación y concepción del cuerpo de las mujeres gestantes se convierte en una tensión permanente que lleva a que otros y otras tomen decisiones por las mujeres gestantes, vulneren su autonomía y cuando se decide por ella como dice Roa es: "arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla"¹⁶ es no permitirle ejercer su autonomía ni elegir, ni expresar su voluntad. Esta situación es relevante, porque que en el mundo contemporáneo se abre paso el sujeto con derechos.

El planteamiento de las dos tesis expuestas está en una línea de pensamiento contemporáneo inscrita en los feminismos. Los aportes de la teoría feminista están ligados a un feminismo moderno que contempla nuevos asuntos sobre la condición de las mujeres como un producto social, la identidad de género y las relaciones dentro de y entre los géneros. Lo anterior, va a tener incidencia en lo social, político, religioso, económico y cultural. Porque la noción de inferioridad biológica y de "naturaleza", como algo que se puede someter, ha marcado el camino y la identidad de ser mujer definida y establecida por la sociedad. En conclusión como afirma Turner: "...la teoría feminista ha sometido a un examen crítico la noción de que la biología es igual a destino"¹⁷.

¹² DE BEAUVOIR, Simone. El segundo sexo 2. La experiencia vivida. México: Ediciones Siglo Veinte, 1994. p.15.

¹³ VIVEROS, Mara. Orden corporal y esterilización masculina. En: VIVEROS, Mara y GARAY, Gloria. Cuerpo, diferencias y desigualdades. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Humanas Centro de Estudios sociales -CES-, 1999. p. 165.

¹⁴ PURDY, Laura. Reproducing persons issues in feminist bioethics. New York: Library of Congress. 1996. p. 247.

¹⁵ 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.

¹⁶ JARAMILLO, Isabel Cristina y ALFONSO, Tatiana. Mujeres, cortes y medios: Reforma judicial del aborto. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2008. p.65.

¹⁷ TURNER, Bryan. El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social. México: Fondo de Cultura Económica, 1989. p. 17.

1. Metodología

El desarrollo del tema considera publicaciones científicas de diferentes autores y autoras con diversas tendencias, para acercarse a la representación y concepción del cuerpo de las mujeres gestantes, desde un diálogo entre la bioética y la perspectiva de género¹⁸. La selección de publicaciones tiene que ver con el tema del cuerpo en general, el de las mujeres y el de las gestantes que responden a estudios desde las dos perspectivas.

Es de anotar que aunque se tienen en cuenta publicaciones hechas a partir de la decenio de los 70 del siglo XX, se incluyen documentos previos como los de John Stuart Mill y Simone de Beauvoir, por considerarlos un punto de inicio y referentes del tema para desarrollar.

El aporte de este artículo, desde la reflexión en un diálogo entre la bioética y el género es hacer una primera aproximación para analizar el cuerpo de las mujeres gestantes desde una visión amplia que incluye lo biológico, los significados y simbolismos. Igualmente, es una puerta de entrada para iniciar el análisis del respeto a la autonomía de las gestantes desde una perspectiva contemporánea.

Con respecto al diálogo entre la bioética y el género hay que anotar que dicha relación se establece aprovechando que ambas han venido trabajando por caminos paralelos temas como el del cuerpo. Por su parte, la bioética lo ha hecho desde el cuerpo en general y el género lo ha planteado específicamente desde el cuerpo de las mujeres. La dificultad inicial fue encontrar bibliografía que reuniera las dos miradas y

posteriormente evidenciar elementos comunes que permitieran bajo ópticas diversas construir en conjunto.

2. Discusión de resultados

La discusión de los resultados de la revisión de las autoras y autores se desarrolla en los subtítulos siguientes: el cuerpo en occidente, “construyendo” el cuerpo desde la cultura y el cuerpo centrado en la reproducción que giran en torno del cuerpo en general, el femenino y la mujer gestante en particular.

2.1 El cuerpo en occidente

El artículo se centra en la visión occidental del cuerpo a partir de los años 70; no obstante, hay que tener en cuenta que de éste han existido diferentes percepciones a lo largo de la historia de la humanidad como lo afirma Carmona¹⁹: visión presocrática, visión griega, la edad media, la modernidad y contemporaneidad.

La visión presocrática planteaba que la naturaleza del hombre la componían cuatro elementos: aire, tierra, agua y fuego. La visión griega del cuerpo lo consideraba constituido por humores cada uno de los cuales tenía una determinada función: la sangre roja era la vitalidad y conservaba el cuerpo caliente y húmedo; la bilis amarilla correspondía al líquido gástrico y era digestiva y generaba calor; la flema incluía todas las secreciones incoloras y era refrigerante y lubricante, mientras que la bilis negra o melancolía era responsable del color oscuro de los otros fluidos. Este modelo humoral permitía explicar los fenómenos como la temperatura, la textura y el calor. Igualmente, interpretaba como salud el equilibrio de los humores, mientras que el desequilibrio se

¹⁸ El género es un instrumento analítico surgido inicialmente de las ciencias sociales, en el ámbito académico norteamericano, en los años 80 del siglo pasado; luego, se extendió a la producción académica latinoamericana en los años 90. Según Wills el género tiene que ver con las “construcciones” culturales en torno a lo femenino y lo masculino; por lo tanto, va más allá de los elementos, hechos biológicos y diferencias anatómicas.

¹⁹ CARMONA, Julia; et al. Panorama bioético. Cuerpo salud y enfermedad. Colección Pedagogía y Bioética, volumen 4. Bogotá: Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 1999. p. 15.

relacionaba con la enfermedad²⁰. También para los griegos el cuerpo representaba los valores de los dioses con una fuerte imagen de lo estético y una marcada relación mente cuerpo. De ahí según Galvis²¹ la importancia de la gimnasia en la educación según el principio de “mente sana en cuerpo sano”.

La edad media²² se caracterizó por el poder feudal, guerras, epidemias y hambrunas. Hubo una ruptura con el pensamiento anterior. Esa ruptura se presentó por la tensión entre cuerpo y alma influida por el cristianismo que produjo una dicotomía del cuerpo. Por una parte, se reprimió y rechazó (pecado original traducido en pecado sexual) y por otra, se exaltó y glorificó, pero de todas formas, durante esa época se privilegió el ascetismo monástico.

En relación con la imagen de la mujer²³, específicamente su belleza, se vio entre lo profano y lo sacro, con Eva como la tentadora y María como la redentora. Sin embargo, a través de los siglos perdura la imagen de débil, pecadora, ser creado del hombre, para él y por lo tanto hija de Eva. Pero también vista como una deficiencia de la naturaleza y, por esa razón, considerada menor de edad, de inferior valor y dignidad que el hombre e incapaz de administrar sus bienes.

El Renacimiento, considerado una etapa fecunda de la cultura occidental, preparó el terreno para la aparición de la ciencia moderna. Según Le Breton²⁴ la historia del cuerpo en occidente partió del Renacimiento con un acento marcado

en lo técnico-científico y redujo la mirada a lo puramente mecánico.

La modernidad tuvo principios universales dados, entre otros, por Kant y Mill. Acontecimientos relevantes de esa época fueron: la caída de Constantinopla en poder de los turcos, el descubrimiento de América, las revoluciones Inglesa y Francesa, la aparición de la máquina de vapor, la revolución industrial y el fin del imperio español. En el siglo XVII el concepto de mecanismo consideraba el cuerpo como una máquina que funcionaba como un reloj.

La visión religiosa heredada del Medievo continuó dando al cuerpo femenino una imagen de tentación, de sensualidad ligado al sexo y al pecado. Por ejemplo, en el sur de Europa durante los siglos XVI y XVII la imagen de María Magdalena encarnó la lujuria, lo mundano, el modelo del pecado, la vida llena de libertades, pero también de arrepentimiento y penitencia, como recordando a las mujeres su vínculo con el pecado original. Pero también cargada de patrones moralizadores que sirven para sancionar de manera pública las acciones de la conducta femenina.

A finales del siglo XIX se habló de las diferencias entre los hombres y las mujeres desde el punto de vista de la fisiología celular. Según Geddes citado por Laqueur²⁵ las mujeres estaban constituidas por células anabólicas encargadas de almacenar y guardar energía; por esa razón, eran pasivas, perezosas, conservadoras y estables; mientras que los hombres eran más activos, enérgicos, apasionados, variables y entusiastas por tener células catabólicas que consumen energía.

La época contemporánea se centra en el dominio de la naturaleza y el cuerpo, porque “Nuestra

²⁰ PORTER, Roy y VIGARELLO, Georges. Cuerpo, salud y enfermedad. En: CORBIN, Alain (Director). Historia del cuerpo. Del Renacimiento al Siglo de las Luces. Madrid: Taurus, 2005. pp. 323–357.

²¹ GALVIS, Ligia. Las niñas, los niños y los adolescentes. Titulares activos de derechos. Mirada a Latinoamérica. Bogotá: Aurora, 2006. pp. 23–26.

²² CARMONA, Julia et al. *Op. cit.*, p.17.

²³ LAGARDE, Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 3ª. edición. México: Universidad Autónoma de México, 2003. p. 203.

²⁴ LE BRETON, David. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002. p. 254.

²⁵ LAQUEUR, Thomas. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Madrid: Cátedra, Universidad de Valencia, 1999. p. 24.

época en su conjunto se caracteriza por el manejo calculado y racional de toda materia viva²⁶. Ese dominio se soporta en los rápidos avances de tipo tecnocientíficos y la acelerada intervención de la ciencia y la tecnología en la vida de los seres humanos.

Con respecto al cuerpo de las mujeres, se mantiene una mirada centrada en la fisiología con situaciones como la menstruación, el embarazo, la menopausia que evidencian diferencias entre los hombres y a las mujeres. Lo problemático del asunto es que las diferencias biológicas son vistas como desigualdades en lo biológico, social económico y político que ubican a las mujeres como inferiores con respecto a los hombres y subordinadas a la “naturaleza”.

Al mismo tiempo, en las sociedades occidentales reina el dualismo sujeto–cuerpo, en una estructura social de corte individualista y centrado en el pensamiento racional positivo, de tal forma que se convierte más en ser poseedor de un cuerpo que en ser su cuerpo. Sin que exista correspondencia con su entorno, incluso ni con él mismo, por la ruptura entre el cuerpo y el sujeto.

Con relación a los avances biotecnológicos diferentes autores aportan a la reflexión por ejemplo: Escobar²⁷ afirma que la biotecnología ha hecho factible la intervención sobre los organismos humanos al producirse los *cyborg* como un organismo cibernético, una combinación hombre y máquina autorregulada, porque sus componentes pueden ser cambiados aumentando las potencialidades del ser humano.

Por su parte, Mainetti²⁸ considera que la biotecnología se centra en la fabricación y remodelación

del hombre, según los deseos y requisitos de los clientes, ajustando los cuerpos humanos, que cada vez son más plásticos. Los acelerados e innovadores avances biotecnológicos hacen pensar de alguna manera según Bergel²⁹ en una nueva racionalidad del cuerpo y sus partes, debido a los intereses económicos que vislumbran nuevos y lucrativos mercados centrados en la comercialización del cuerpo y sus órganos, convertido en materia prima rentable, en bien instrumental, en objeto. De tal forma que cosificado o como mercancía se viola su integridad.

Por último, Bradotti³⁰ plantea que el cuerpo como masa de órganos separados se convierte ahora en sitio de interés político y científico (genoma humano, patentes, etc.). Los órganos sin cuerpo trascienden el espacio y el tiempo, son negociables y expuestos a las manipulaciones tecnológicas sin control donde reina el vacío legal.

Igualmente la misma autora, considera que para la nueva tecnología reproductiva el útero de la mujer tiene precio visto como máquina de maternidad dentro de lo que podría denominarse la industria tecnológica reproductiva. Bajo esa perspectiva se vislumbran situaciones complejas tanto para la bioética como para el género en la medida en que no hay sujeto sino objeto en este caso el útero. En ese sentido se suscitan inquietudes 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...”³¹. Y sin sujeto no hay autonomía.

En conclusión Foucault³², identifica a partir del siglo XVIII dos tecnologías de poder entrecruzadas: por una parte, la técnica disciplinar, cuyo

²⁶ FOUCAULT, Michel. Citado por BRAIDOTTI, Rosi. Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea. Buenos Aires: Paidós, 2000. p. 254.

²⁷ ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Op. cit.*, pp. 33–51.

²⁸ MAINETTI, José Alberto. Somatología. Anatomía de la persona. La Plata: Quirón, 2003. p. 22.

²⁹ BERGEL, Salvador. Bioética, cuerpo y mercado. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 2 (1): 133–164. 2007.

³⁰ BRAIDOTTI, Rosi. Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea. Buenos Aires: Paidós. 2000. pp.85–130

³¹ HOTTOIS, Gilbert. Citado por BERGEL. *Op. cit.*, p. 138.

³² FOUCAULT, Michel. Defender la sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000. p. 287.

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. 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 consecuencia, el saber y el poder se retroalimentan permanentemente dando paso a la biopolítica. En ese momento se da un giro del cuerpo individual al social hacia la idea de población, debido a que la biopolítica implica problemas políticos, científicos, biológicos y problemas de poder entorno a las poblaciones. En este aspecto dice Lagarde³³ que 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 implica que dentro de las relaciones quien sustenta el poder tiene la posibilidad de decidir sobre la vida del otro.

2.2 “Construyendo” el cuerpo desde la cultura

A lo largo de la historia se han mostrado las diferencias biológicas entre los cuerpos de hombres y mujeres como desigualdades. Esas diferencias se “construyen” y establecen dentro de la cultura. Allí, el cuerpo femenino por ser diferente se considera inferior en relación con el masculino. Mucha de la información al respecto se ha basado en estudios e investigaciones consideradas válidas, legítimas y supuestamente objetivas realizadas durante la actividad científica, como los estudios de craneometría de George Morton y Louis Agazzi³⁴ y las mediciones del peso del cerebro hechas

por Paúl Broca³⁵ que asocian el tamaño de los cráneos con la capacidad intelectual. En esas investigaciones consideraron a las mujeres con menos capacidad intelectual por el menor tamaño de su cerebro en relación con los hombres. Es evidente que la ciencia con su argumentación y conceptos científicos es utilizada para justificar la dominación y mantener el *statuo quo*.

Además según Reyes³⁶, 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”.

Lagarde³⁷ afirma que la “construcción” del cuerpo de las mujeres, se inicia en la subjetividad, en un contexto cultural, político, económico y social específico; además, considera que 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.

Igualmente, el cuerpo de las mujeres es un “lugar” donde se materializa el sexo y con esa falsa creencia se promueve como objeto de placer, pero para el placer del otro. Así las cosas el cuerpo femenino se ve como un producto mercantil con un estereotipo específico de belleza³⁸. De lo anterior, se derivan consecuencias ético-políticas para la población femenina, porque se establecen

³³ LAGARDE, Marcela. *Op. cit.*, p. 830.

³⁴ NIETO, Mauricio. Poder y conocimiento científico: nuevas tendencias en historiografía de la ciencia. *Revista del Departamento de historia de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, número 10. p.11. 1995.

³⁵ *Ibidem.*, p.11.

³⁶ REYES, Adriana. El enfoque de género como crítica a la conceptualización de la salud como sistema. En: SUÁREZ, Roberto (Compilador). *Reflexiones en salud: una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2001. pp. 41–56.

³⁷ LAGARDE, Marcela. *Op. cit.*, pp. 212–213.

³⁸ SAAVEDRA, Blanca Lida. *Entre Dios y los Hombres: la sexualidad femenina*. Trabajo de grado conducente al título de Magister en Estudios de Género. Directora: Dora Munevar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de género, 2006. pp. 158–159.

relaciones asimétricas sustentadas en relaciones de poder.

Lo antes expuesto, se resume de manera crítica así: “¿La mujer? Es muy sencillo, dicen los aficionados simplistas: es una matriz, un ovario; es una hembra”³⁹. En conclusión, el cuerpo de las mujeres se convierte en un elemento clave para analizar la situación que ella ocupa en el mundo, pero no basta para definir las.

2.3 El cuerpo centrado en la reproducción

El cuerpo de la mujer y el de la gestante plantea una continuidad, en la medida en que lo femenino como se trató anteriormente está centrado en la reproducción, la maternidad y su condición de cónyuge. Así las cosas, las embarazadas se convierten en las formas socialmente producidas en que supuestamente la mujer encuentra su realización.

La denominada naturaleza femenina 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. La sexualidad de las mujeres es reducida a la reproducción automáticamente ligada a ser madre, ama de casa, con el hogar como su principal ámbito de acción.

Aunque la maternidad es una “construcción” social que cada quien elabora según los elementos dados desde el saber popular hasta el saber científico, de todas formas durante el embarazo el contexto social se encarga de formar una imagen de cómo será ser madre, ayudados por la mamá, las hermanas, las abuelas, los medios de comunicación, etc., y así se establece que el rol

de ser madre es igual a ser mujer, pero además que ser madre implica entrega y sacrificio.

Ahora bien, durante el embarazo el cuerpo femenino cambia para dar paso a la gestación y entonces puede ser visto como un receptáculo o como lo menciona Purdy⁴⁰ el continente del feto que debe cuidarse por el otro. Se puede concluir que esta situación pone a las mujeres en desventaja, porque las hace invisibles como sujetas con derechos. Pero además, la “construcción” del cuerpo como depositario de otra vida va a determinar diferencias en el comportamiento y en el acceso a derechos como la atención en salud.

Así las cosas, con el estudio del lenguaje del cuerpo de los individuos en este caso el de las embarazadas como “actoras” sociales se puede extender al lenguaje corporal de una sociedad específica en una época determinada. Por lo tanto, el cuerpo de las mujeres gestantes se convierte en una puerta de entrada, para analizar la maternidad como un mundo cultural de relaciones que incluyen entre otras a las mujeres y las relaciones que se forman con la pareja, la familia, los profesionales de la salud en una estructura social, económica y política determinada.

3. Discusión y conclusiones

A lo largo de esta reflexión, en un diálogo entre la bioética y el género, se muestra en una primera aproximación que modificaciones del cuerpo, significados y simbolismos durante la gestación entrelaza la historia personal con la cultura, lo individual y lo colectivo, generando cambios en la forma de relacionarse con ellas mismas y su contexto. Igualmente, ha sido una puerta de entrada para iniciar el estudio del respeto a la autonomía de las gestantes.

³⁹ DE BEAUVOIR, Simone. El segundo sexo I. Los hechos y los mitos. México: Ediciones Siglo Veinte, 1991. p.31.

⁴⁰ PURDY, Laura. *Op., cit.*, p. 238.



En este momento la atención se centra en las dos tesis planteadas al inicio de este artículo. A continuación se retoman cada una de ellas y se tienen en cuenta ideas, conceptos y argumentos antes expuestos, para hacer discusión y conclusiones.

En cuanto a la primera tesis como se puede ver en el tratamiento teórico de los diferentes autores y autoras el cuerpo de las mujeres es un estereotipo “construido” socialmente centrado en la maternidad. Ese estereotipo trae consecuencias individuales e implicaciones sociales cargadas de rasgos políticos. La maternidad, como producto social, trae consecuencias individuales e implicaciones 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. Lo anterior, produce una fuerte presión sobre las mujeres.

Se vislumbra entonces que la maternidad invade sus cuerpos y no que en éstos hay un proceso de maternidad. Es como si la maternidad tuviera un poder muy fuerte sobre el cuerpo de las mujeres que desplaza y desconoce la calidad de sujetas de las gestantes. Por lo tanto, la cultura imperante, incluso la práctica clínica del área de la salud, se encarga de “naturalizar” la maternidad, dándole una connotación de frágil que requiere, como si fuera incompetente, un cuidado especial.

Pero también, 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 puedan verse y puedan ser vistas y reconocidas por ellas mismas y por otros como sujetas, porque la identidad humana se crea dialógicamente en respuesta a las relaciones que se establecen. Esa identidad se moldea en parte por el reconocimiento o por la falta de éste, o por el falso reconocimiento

de otros. En el caso de la identidad de género de la población femenina ha sido “construido” socialmente como la cuidadora, la dadora, con olvido de ella misma.

Se requiere entonces que las mujeres empiecen a habitar sus cuerpos, pero sobre todo que sus cuerpos existan 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. Los cuerpos de las mujeres como expresiones de subjetividad implican también que ellas se reconozcan como sujetas con derechos y, por lo tanto, con autonomía.

En cuanto a la segunda tesis se concluye a manera de reflexión que durante la gestación en la práctica clínica en general se establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres, porque otros u otras determinan sus necesidades. 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.

Es evidente que las modificaciones del cuerpo biológico de las mujeres durante el embarazo genera un cambio en la forma de relacionarse con ellas mismas, su pareja, su familia. Y también en la manera como son percibidas desde la práctica clínica. En la relación clínica se evidencia una posición subordinada de las mujeres ante el saber biomédico. La subordinación está dada en gran medida por la relación paternalista que se establece.

En cuanto a la relación paternalista ha sido un asunto cuestionado por la bioética desde sus inicios teniendo en cuenta lo que plantea Emanuel y Emanuel⁴¹ al describir el modelo

⁴¹ EMANUEL, Ezekiel J y EMANUEL, Linda. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: COUCEIRO, Azucena (Editora). Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. p. 110.

paternalista en la relación médico paciente como la interacción en que el médico asume el papel de tutor. El tutor le suministra al paciente información seleccionada que lo lleve a consentir el procedimiento, tratamiento, intervención, etc. de acuerdo a lo que para el médico es lo mejor. Bajo esa perspectiva la autonomía del paciente se asume como asentimiento a lo que el médico considera lo mejor. Es de anotar que si bien Emanuel y Emanuel la mencionan en la relación médico-paciente, dicho modelo se extiende a toda el área de la salud con el resto de profesionales.

Así las cosas, el modelo paternalista en las relaciones profesionales de la salud- paciente genera conflicto porque como lo afirma Sarmiento⁴² el paciente es visto como menor de edad. La connotación de menor de edad le quita la posibilidad de que se respete la autonomía del paciente en este caso específico la gestante al tomar decisiones sobre salud. Lo anterior implica que otros u otras deciden por ella. Esta situación es la que considera en diálogo bioética-género que durante el embarazo la relación paternalista que se establece en el área de la salud vulnera la autonomía de las gestantes.

Adicionalmente, en el análisis de los textos de Foucault, específicamente con respecto a las dinámicas de poder⁴³, muestra que el poder sobre la vida está centrado en el soberano que en el mundo actual es el Estado. Lo anterior, tiene fuertes implicaciones en el tema del cuerpo de las mujeres gestantes, porque el derecho a la vida y a la muerte está en manos y supeditado a las decisiones del soberano. No hay que olvidar que en ese transcurrir del poder se pasa del ejercicio del poder sobre el cuerpo individual, con el fin de

transformar las fuerzas biológicas del individuo en cuerpo productivo en la anatomopolítica a la biopolítica⁴⁴ del colectivo.

En el análisis y reflexión hecho se puede comprender que la reproducción, encarnada en el cuerpo de las mujeres, pasó de ser un asunto privado a ser público y controlado por el Estado que toma decisiones para el colectivo, define homogeneidades y no permite ver las especificidades y particularidades de las mujeres en embarazo. En esas condiciones, la gestación se convierte en la tensión y el conflicto social que produce tanta preocupación sobre el embarazo y la necesidad de implementar políticas públicas de planificación familiar centrada en las mujeres, máxime si la salud puede ser vista como una mercancía, como una estructura de poder que privilegia la normalización de la población sobre las necesidades particulares de personas y pasa por alto las especificidades y las particularidades de los individuos, en este caso de las gestantes.

Las regulaciones anteriormente expresadas, desde las perspectivas de Foucault⁴⁵, se evidencian para el caso colombiano con la uniformidad de las condiciones y necesidades de los usuarios que surgen de las expresiones estadísticas como la morbi y mortalidad materna y las tasas de natalidad enmarcadas en la Ley 100 de 1993. Desde allí se ve el poder de regulación de las políticas públicas dirigidas a las mujeres orientadas prioritariamente hacia la salud reproductiva.

Igualmente, ese control externo de la reproducción considera a las gestantes como frágiles, pero con esta connotación lo que se hace es desdibujar la autonomía de las mujeres en embarazo. La imagen de frágil incide en el entorno de ellas, porque las consideran con dificultades o no

⁴² SARMIENTO, MARÍA INÉS. Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Colección Bios y Oikos, volumen 6. Bogotá: Kimpres Ltda, Universidad El Bosque, 2009. pp. 94-95.

⁴³ FOUCAULT, Michel. *Microfísica del poder*. 3ª. edición. Madrid: La Piqueta, 1991. p. 107.

⁴⁴ FOUCAULT, Michel. Seguridad, territorio, población. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A., 2004. pp. 40-43.

⁴⁵ *Ibidem.*, p.21.



aptas para tomar decisiones y entonces otras y otras empiezan a decidir por ellas. Lo anterior, trae serias repercusiones en todos los ámbitos de su vida tanto en el social, económico como en el político.

La revisión teórica realizada permite inferir que la práctica clínica en el área de la salud a las mujeres gestantes les elimina su calidad de sujetas como tal, porque se centra en el sistema u órgano “afectado”, en este caso el sistema reproductor y en el embrión en formación.

El análisis realizado hasta ahora muestra que la bioética, por su parte, reclama tres cosas: la visión integral del cuerpo en general, el espacio del sujeto con derechos y la necesidad de superar la relación paternalista tradicional. Por su parte, la perspectiva del género refuerza lo anterior y reclama, por una parte, el respeto de los derechos de las mujeres en general, y en especial el de las gestantes para quienes pide que la diferencia no sea vista como desigualdad y, por otra, que la relación profesional de la salud–paciente se base en el respeto en la autonomía de las gestantes.

Los reclamos anteriores, evidenciados en la revisión teórica, muestran una confluencia entre la bioética y el género en relación con la autonomía. Ambas se han interesado en superar la relación paternalista tradicional. Igualmente, la autonomía desde los dos saberes es contemplada como una perspectiva contemporánea que significa una construcción histórica que surge del ámbito socio–político y se extiende a todos los espacios de la vida, para posibilitar mayores grados de Justicia.

Es importante tener en cuenta que desde el área de la salud se hace énfasis en los procesos de vigilancia y control del cuerpo durante la maternidad. Esta situación permea toda la sociedad, mediante el proceso de medicalización del cuerpo y de la maternidad, sin olvidar que

ese término de medicalización va más allá de la enfermedad y se extiende a lo social y político.

Adicionalmente, la práctica clínica se constituye claramente en la aplicación, por parte de los profesionales de la salud, de los conocimientos adquiridos en la universidad. Sin embargo, esos conocimientos se continúan construyendo desde las experiencias cotidianas; por lo tanto, no está libre de influencias culturales, sociales, políticas, etcétera. En conclusión, los saberes biomédicos no son neutrales y no están libres de sesgos.

Esta situación ha llevado a que la comunidad científica mundial del área de la salud presente, a través de los siglos, lo femenino en función básicamente del sistema reproductor, con una visión reduccionista y parcelada que ha trascendido a lo cultural, para reforzar que el hogar es el lugar propio y natural de la población femenina, para cuidar los niños y cumplir el papel de ama de casa. Lo anterior explica que la atención de la salud de las gestantes, por parte de los profesionales del área, se enfoque hacia el sistema reproductor de la madre.

El desarrollo de la atención se dirige a los riesgos durante el embarazo como se muestra en el diligenciamiento de la historia clínica materno peri natal que se centra en información como la gestación actual, parto, aborto, recién nacido y partograma, cada uno de los cuales comprende datos como los siguientes: gestaciones previas, abortos, partos, preeclampsia, eclampsia, embarazo planeado/deseado, fracaso de método anticonceptivo, embarazos ectópicos, fin del embarazo anterior, etcétera. Lo que se observa en el registro de la historia clínica es el énfasis en el sistema reproductor o su relación con él y en el feto en formación.

En cuanto a la posición del género frente a la ciencia, sugiere la revisión y análisis que la actividad científica debe ser apolítica, progresiva,

universal y sobre todo neutra. También, se ha observado que desde la ciencia moderna se ha hecho una biología de la jerarquía que proyecta un sexo único, pensamiento que tiene sus raíces en la antigüedad y que trasciende, como se ha visto, en el tiempo. En conclusión, la actividad científica ha sido realizada desde lo cultural con lo masculino, mientras que la naturaleza pasiva y misteriosa se la interpreta como femenino.

Es importante tener en cuenta que, con ese criterio, se continúa proyectando en todos los ámbitos del saber a las mujeres como pura emoción, comparándolas con el hombre pura racionalidad, con lo cual se reafirma el discurso de la diferencia vista como desigualdad. La situación es tal que muchas de las ideas y teorías desarrolladas por la ciencia moderna y difundidas por las denominadas comunidades científicas fueron trascendentales y marcaron camino para mostrar y reforzar la idea de que a mayor tamaño del cerebro mayor capacidad intelectual.

La reflexión realizada planteó interrogantes bioéticos en el sentido en que ese poder soberano se ejerce sobre mujeres vistas como sujetas sin derechos y con una imagen “construida” culturalmente caracterizada por la fragilidad, afectada por tensiones emocionales mensuales y con supuestas inferioridades biológicas.

Desde las visiones planteadas por Escobar y Haraway⁴⁶ para quienes la complejidad del cuerpo humano desborda su determinación somática, se convierte en un campo donde se inscriben los códigos socio-simbólicos y se constituye la subjetividad y la identidad, es posible, desde el diálogo entre la bioética y el género, empezar a desmitificar la “esencia femenina” y las normas culturales en torno al concepto que se tiene de la mujer y lo femenino, como lo menciona De Beauvoir.

El avance de propuestas desde los dos saberes evidencia la necesidad de proponer alternativas transformadoras como las de Fraser⁴⁷ que buscan soluciones de fondo como la deconstrucción de las relaciones de reconocimiento relacionado con la autonomía de las mujeres que este caso específico son las gestantes. Con ese propósito, se pretende que desde el diálogo entre la bioética y el género se aporten elementos que permitan reconocer a las mujeres gestantes como sujetas singulares, a quienes se les respete su autonomía desde una visión contemporánea.

El debate queda abierto para continuar creciendo, con aportes desde el diálogo entre la bioética y la perspectiva del género. El tema de la autonomía de las embarazadas continúa su desarrollo en el artículo denominado: Matices de la autonomía en gestantes en salud: diálogo bioética-género.

Bibliografía

1. BEAUCHAUMP Tom. CHILDRESS James. Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition. New York: Oxford University Press, 2009. 416p.
2. BERGEL, Salvador. Bioética, cuerpo y mercado. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 2 (1): 133–164. 2007.
3. BOETZKES. Elizabeth. Equality, autonomy and feminist Bioethics. *En*: PURDY, Laura. *Embodying Bioethics Recent Feminist Advances*. New York: Rowman and Littlefield Publisher, 1999.
4. BRAIDOTTI, Rosi. Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea. Buenos Aires: Paidós. 2000.
5. CARMONA, Julia et al. Panorama bioético. Cuerpo salud y enfermedad. Colección Pedagogía y Bioética, volumen 4. Bogotá: Kimpres Ltda., Universidad El Bosque, 1999. 38p.
6. DE BEAUVOIR, Simone. El segundo sexo II. La experiencia vivida. México: Ediciones Siglo Veinte, 1994. 545p.
7. _____. El segundo sexo 1. Los hechos y los mitos. México: Ediciones Siglo Veinte, 1991. 368p.
8. EMANUEL, Ezekiel J y EMANUEL, Linda. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *En*: COU-

⁴⁶ HARAWAY, Donna. Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza. Madrid: Cátedra, 1991. p.224.

⁴⁷ FRASER, Nancy. Escalas de justicia. Barcelona: Herder, 2008. p. 294.

- CEIRO, Azucena (Editora). *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela, 1999. 362p.
9. ESCOBAR, Jaime. *Bioética, cuerpo humano, biotecnología y medicina del deseo*. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 2 (1): 33–51. 2007.
 10. _____. *Cartas de derechos del paciente*. Declaración de Lisboa. Octubre de 1981. *En*: ESCOBAR, Jaime (Director). *Códigos, convenios y Declaraciones de Ética médica, Enfermería y Bioética*. Colección Bios y Ethos volumen 8. Bogotá: Kimpres Ltda, Universidad El Bosque, 1998. 199p.
 11. _____. *Dimensiones Ontológicas del cuerpo*. Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la Medicina. Colección Bios y Ethos volumen 2. Bogotá: Kimpres Ltda, Universidad El Bosque, 1997. 179p.
 12. FOUCAULT, Michel. Citado por BRAIDOTTI, Rosi. *Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*. Buenos Aires: Paidós, 2000.
 13. _____. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.
 14. _____. *Microfísica del poder*. 3ª. edición. Madrid: La Piqueta, 1991. 189p.
 15. _____. *Seguridad, territorio, población*. Traducido por Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A., 2004. 413p.
 16. FRASER, Nancy. *Escalas de justicia*. Barcelona: Herder, 2008. 296p.
 17. GALVIS, Ligia. *Las niñas, los niños y los adolescentes. Titulares activos de derechos. Mirada a Latinoamérica*. Bogotá: Aurora, 2006.
 18. HARAWAY, Donna. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1991.
 19. ILLICH, Ivan. *Medical Némesis. The Expropriation of Health*. New York: Pantheon books, 1976.
 20. JARAMILLO, Isabel Cristina y ALFONSO, Tatiana. *Mujeres, cortes y medios: Reforma judicial del aborto*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2008.
 21. LAGARDE, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. 3ª. edición. México: Universidad Autónoma de México, 2003.
 22. LAQUEUR, Thomas. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra, Universidad de Valencia, 1999.
 23. LE BRETON, David. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.
 24. MAINETTI, José Alberto. *Somatología. Anatomía de la persona*. La Plata: Quirón, 2003.
 25. MILL, Jhon Stuart y TAYLOR, Harriet. *Ensayos sobre la igualdad sexual*. Madrid: Machado Libros, 2000.
 26. NIETO, Mauricio. *Poder y conocimiento científico: nuevas tendencias en historiografía de la ciencia*. *Revista del Departamento de historia de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, número 10. p.11. 1995.
 27. NOVOA, Edgar. *Identidad y Bioética: los desafíos en el cambio de milenio*. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 2 (1): 93–113. 2007.
 28. PORTER, Roy y VIGARELLO, Georges. *Cuerpo, salud y enfermedad*. *En*: CORBIN, Alain (Director). *Historia del cuerpo. Del Renacimiento al Siglo de las Luces*. Madrid: Taurus, 2005.
 29. POTTER, Van Rensselaer. *Bioethics. Bridge to the future*. Englewood Cliffs. New Jersey: Printice–Hall, 1971. 196p.
 30. PURDY, Laura. *Reproducing persons issues in feminist bioethics*. New York: Library of Congress. 1996.
 31. REYES, Adriana. *El enfoque de género como crítica a la conceptualización de la salud como sistema*. *En*: SUÁREZ, Roberto (Compilador). *Reflexiones en salud: una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2001.
 32. ROA, Mónica. Citada por: COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sala plena. Sentencia C–355 del 10 de mayo de 2006. MM. PP. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas.
 33. SAAVEDRA, Blanca Lida. *Entre Dios y los Hombres: la sexualidad femenina*. Trabajo de grado conducente al título de Magíster en Estudios de Género. Directora: Dora Munevar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de género, 2006.
 34. SARMIENTO, MARÍA INÉS. *Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo*. Colección Bios y Oikos, volumen 6. Bogotá: Kimpres Ltda, Universidad El Bosque, 2009.
 35. SIMÓN LORDA, Pablo. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2000.
 36. TURNER, Bryan. *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
 37. VIVEROS, Mara. *Orden corporal y esterilización masculina*. *En*: VIVEROS, Mara y GARAY, Gloria. *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Ciencias Humanas Centro de Estudios sociales –CES–, 1999.
 38. 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.