

Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires

María Jimena Mantilla^{1 2}

> mantillamariajimena@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4206-0952

Martín Hernán Di Marco^{1 2}

> mh.dimarco@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0568-0581

¹Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Buenos Aires, Argentina

²Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG)
Buenos Aires, Argentina

Resumen: En este artículo se analiza el uso del consentimiento informado en torno a partos y nacimientos, mediante el análisis de las estrategias que efectúan las mujeres gestantes de la Ciudad de Buenos Aires en pos del reconocimiento de sus cuerpos, sus bebés, la fisiología de sus partos y el respeto por sus decisiones informadas. A partir de una investigación etnográfica, se analizan las tensiones que experimentan en sus intentos por hacer respetar sus necesidades, derechos y elecciones. Diferentes estrategias (directivas anticipadas, plan de parto, etc.) son desplegadas por las mujeres para efectivizar su protagonismo en las decisiones médicas respecto de sus partos. Este trabajo sugiere que el consentimiento informado no solo es un procedimiento médico formal que utilizan los/as médicos/as para avalar sus decisiones y dejar por sentado la aceptación del paciente, sino que se trata de una herramienta por la cual las mujeres se apropian y movilizan en sus interacciones con el sistema de salud.

Palabras clave: consentimiento informado; embarazo; violencia obstétrica; empoderamiento; etnografía.

Reflexividade, autonomia e consentimento. Uma análise das experiências de mulheres na busca por um parto fisiológico na Cidade de Buenos Aires

Resumo: Este artigo analisa o uso do consentimento informado em torno de partos e nascimentos, analisando as estratégias adotadas por gestantes na cidade de Buenos Aires, a fim de reconhecer seus corpos, seus bebês, a fisiologia de seus nascimentos e respeito por suas decisões informadas. A partir de uma investigação etnográfica, são analisadas as tensões que elas experimentam em suas tentativas de reforçar suas necessidades, direitos e escolhas. Estratégias diferentes (diretrizes antecipadas, plano de parto, etc.) são adotadas pelas mulheres para desempenhar seu papel nas decisões médicas sobre seus partos. Este artigo sugere que o consentimento informado não é apenas um procedimento médico formal que os/as médicos/as usam para apoiar suas decisões e dar como certa a aceitação da paciente, mas que é uma ferramenta pela qual as mulheres se apropriam e mobilizam suas interações com o sistema de saúde.

Palavras-chave: consentimento informado; gravidez; violência obstétrica; empoderamento; etnografia.

Reflexivity, autonomy and consent. An analysis of women's experiences in the search for a physiological birth in the City of Buenos Aires

Abstract: This paper inquires about the use of informed consent in childbirths and labours, analysing the strategies employed by pregnant women in Buenos Aires Capital City in pursuit of the recognition of their bodies, their babies, the physiology of their labours and the respect of their informed choices. In the context of an ethnographic study, the tensions that women experience in their attempts to make their needs, rights and decisions respected are analyzed. Different strategies (advance healthcare directive, birth plans, etc.) are devised by women to secure their central position in the decision-making related to their labours. This study suggests that informed consent is not only a formal medical procedure that physicians use to support their decision and have a written document of the patient's agreement, but also a tool used by women to seize control of their interactions in the health-care system.

Keywords: informed consent; pregnancy; obstetric violence; empowerment; ethnography.

Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires

Introducción

Alicia bajó las luces y nos dejó solos. Fue importante para mí esa intimidad....fueron horas intensas, me iba de ahí para meterme adentro de mi cuerpo. Estaba en trance, conectada conmigo y con V., le decía, trabajamos juntas, lo estamos haciendo. Estaba determinada y empoderada como jamás estuve en mi vida. Sabía que el contexto no era el que quería pero también sabía que la fuerza la tenía yo, y eso no me lo podía quitar nadie (Extracto de relato de parto publicado en un grupo de una red social).

Este artículo analiza el consentimiento informado desde las experiencias de las mujeres en búsqueda de un parto fisiológico en el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires. A partir de una investigación etnográfica sobre las “maternidades naturales”¹ se analizan las tensiones que experimentan las mujeres en sus intentos por hacer respetar sus necesidades, derechos y elecciones durante el parto.

En Argentina, la atención de los partos y nacimientos se caracteriza por el uso innecesario de intervenciones médicas en gestaciones y partos saludables, y una creencia cultural común, fundada en el pensamiento obstétrico hegemónico que concibe la gestación y el parto como eventos patológicos y no como procesos normales inherentes a la fisiología humana (Castrillo, 2019; Jerez, 2015). Esto es así pese a las recomendaciones de los organismos internacionales que desde hace décadas suscriben a la medicina basada en la evidencia y que brindan conocimiento científico acerca de los riesgos de las intervenciones médicas en los partos cuando éstas se hacen de forma rutinaria en las gestaciones saludables y de bajo riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) alertó recientemente sobre una “epidemia de cesáreas” a nivel mundial, y colocó a Argentina entre los países que tienen una de las mayores tasas de cesáreas. En el país, la tasa de cirugías duplica

¹ El término “maternidades naturales” refiere a estilos de maternaje centrados en recuperar ciertos ritmos de lo que se considera como parte de la naturaleza y el desarrollo fisiológico de los niños. Por ejemplo el sostenimiento de la lactancia prolongada, el colecho, la crianza con apego, la alimentación saludable, entre otras dimensiones comunes, para una mayor descripción ver Abdala (2016), Bobel (2002) y Mantilla (2019).

lo indicado por la OMS. Mientras que el organismo sostiene que no existe ninguna evidencia científica para que las cesáreas representen más del 15% de los partos, en Argentina esa tasa es del 30%, que según las estimaciones en el sector privado puede alcanzar alrededor del 65%. Más allá del dato alarmante de cesáreas no hay datos precisos sobre intervenciones innecesarias en los partos vaginales como el uso de oxitocina sintética, la rotura de bolsa, la maniobra de Kristeller, la episiotomía y entre otras intervenciones naturalizadas en la atención médica de los partos que se encuentran desaconsejadas y que contribuyen activamente a incrementar las cesáreas y los riesgos en la salud de las mujeres y los/as recién nacidos/as.

Pese a este escenario, Argentina también constituye uno de los países de la región con mayores avances legislativos en pos de visibilizar y sancionar la violencia obstétrica y la defensa de los derechos de las mujeres en el parto. Este tipo de violencia refiere a actos en el contexto del parto y del nacimiento categorizados como violencia física o psicológica, debido a la utilización injustificada de las intervenciones médicas. La “violencia obstétrica” se considera un tipo de violencia basada en el género: una forma de violencia contra las mujeres y una violación de los derechos humanos relacionados a la salud y a la salud reproductiva (Castrillo, 2019). En el 2009 en Argentina fue sancionada y promulgada la Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. En el artículo 6 la ley se ocupa específicamente de la violencia obstétrica.

Un antecedente legislativo relevante a esta ley ha sido la Ley 25.929, conocida como la ley de parto humanizado o respetado, sancionada en el 2004 y reglamentada en el 2015, que establece en el artículo 2 una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. El espíritu general de la ley apunta a resaltar la importancia de un parto y nacimiento fisiológico al tiempo que destaca el valor del derecho de las mujeres a estar informadas sobre las intervenciones médicas y decidir en consecuencia.

En materia de activismo, el país forma parte de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) que desde principios del 2000 nuclea a muchas agrupaciones y equipos, así como organiza todos los años, en la tercera semana del mes de mayo, la “Semana Mundial por el Parto Respetado”. Asimismo, son notables las acciones de organizaciones de la sociedad civil que promueven la visibilización de situaciones de violencia obstétrica y de vulneración de derechos en el parir y nacer (Las Casildas y Fortaleza 85²,

² Las Casildas es una agrupación feminista, fundada en 2011, orientada a la creación de dispositivos para difundir y visibilizar la temática de la violencia obstétrica. Fortaleza 85 es un grupo interdisciplinario para defender derechos en el parto y nacimiento en tanto derechos inalienables.

entre otras). Sin duda, el movimiento social para la humanización del parto y el nacimiento, busca transformar las relaciones de autoridad en el campo de la salud, en especial pone el eje en la relación médico-paciente a partir de reposicionar a las mujeres como protagonistas de sus partos y de las elecciones de las prácticas de crianza por fuera del mandato de los/as expertos/as médicos/as (Mantilla, 2019). Al mismo tiempo, otras expertises, como es el caso de las evidencias científicas a favor del parto respetado, se convierten en el conocimiento experto valorado y movilizado por las mujeres en sus trayectorias reproductivas. La particularidad de estos saberes es que como veremos en estas páginas, las posiciona a las mujeres en un lugar de protagonismo y confianza en sus cuerpos.

Este artículo se inscribe en una investigación que lleva adelante uno de los/as autores/as (María Jimena Mantilla), una etnografía acerca de las “maternidades naturales” en la que se explora, entre otras dimensiones, las experiencias de mujeres en sus recorridos hacia la maternidad prestando particular interés a sus itinerarios en busca de un parto fisiológico y una atención médica que respete sus decisiones informadas. En estas páginas, reflexionamos en torno al consentimiento informado mediante el análisis de las estrategias que efectúan las mujeres gestantes en pos del reconocimiento de sus cuerpos, sus bebés, la fisiología de sus partos y el respeto por sus decisiones informadas.

La bibliografía sobre el uso de consentimiento informado ha mostrado tanto los usos jurídicos del instrumento para salvaguardar la autonomía de los sujetos, como las diversas situaciones en el contexto de intervenciones biomédicas en las que el consentimiento pierde una función de protección de los derechos de los pacientes (dada la falta de información, la manipulación de los pacientes, los contextos de presión, etc.) (Den Hollander et al., 2018; Edvardsson et al., 2016; Stohl, 2018). A su vez, una línea de indagaciones cualitativas —principalmente etnográficas (Cheyney, 2008; Yevo et al., 2018)— ha mostrado la relevancia de analizar los procesos microsociales y dotados de agencia en los cuales se desarrolla la implementación del consentimiento. Este artículo se enmarca en esta perspectiva y analiza las estrategias desplegadas por las mujeres gestantes con la intención de comprender las decisiones y opciones sopesadas activamente en la búsqueda de prácticas médicas consensuadas.

Como veremos a continuación, en el caso objeto de este estudio, el consentimiento informado no solo debe ser visto como un instrumento médico– jurídico que utilizan los/as médicos/as para avalar sus decisiones y dejar por sentado la aceptación del/la paciente, sino que se trata de una herramienta de la cual las mujeres se apropian y movilizan en sus interacciones con el sistema de salud. Aún más se comporta como un *termómetro* con el que medir la predisposición de los/as profesionales a respetarlas.

Por último, este análisis contribuye a visibilizar la importancia de las vivencias de mujeres que construyen sus experiencias personales como espacios de lucha y con ello contribuyen a cambiar los relatos culturales del parto como evento médico, urgente y peligroso. Tal como reza el epígrafe, las experiencias documentadas en este trabajo dan cuenta de un proceso de autodescubrimiento femenino que se vivencia en clave de empoderamiento y agencia.

A continuación se describe el diseño metodológico de la investigación, así como las principales decisiones para la construcción de los datos. En la tercera sección se realiza una revisión del estado del arte en torno al uso del consentimiento informado en torno al embarazo y parto y, particularmente, se rescatan los aportes de investigaciones etnográficas. La cuarta sección aborda el análisis de los datos, y focaliza en las estrategias de las mujeres que buscan partos y nacimientos fisiológicos en los servicios de salud. En la última sección se realizan reflexiones finales y se destaca la necesidad de considerar la agencia de las mujeres para gestionar sus itinerarios en torno al parto y embarazo.

Aspectos metodológicos

La estrategia metodológica que guía la investigación que da pie a este artículo consiste en un diseño cualitativo en base a fuentes primarias (entrevistas en profundidad y observaciones participantes) y secundarias (documentos, revistas, documentales y libros de la temática). Se entrevistan a expertas (puericultoras, doulas, especialistas en desarrollo infantil, asesoras de crianza, entre otras figuras expertas vinculadas a este modelo) que se ocupan de difundir las ideas centrales del paradigma de parto respetado y crianza respetuosa a través de las redes, libros, y/o estrategias de activismo político, como también a través del asesoramiento y acompañamiento de familias. También se entrevistan a mujeres madres que siguen este tipo de prácticas y recomendaciones y que dan cuenta en sus experiencias biográficas de las tensiones y particularidades que cobran estas ideas en las maternidades y crianzas reales. Las mujeres de esta muestra tienen algunas características sociodemográficas comunes, pertenecen a sectores medios, de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires, poseen formación terciaria o universitaria, y sus edades oscilan desde los 25 hasta los 40 años. Se utilizan pseudónimos en las transcripciones de las entrevistas.

Las observaciones participantes se realizan en charlas de crianza, rondas de testimonios de partos, cursos de acompañamientos de embarazos, y otros espacios surgidos a partir del contacto con los/as entrevistados/as. Al momento de la escritura del artículo se efectuaron 29 entrevistas y 18 observaciones participantes

en espacios de circulación de información de la fisiología del parto y la crianza. Con respecto a las fuentes secundarias se analizan diversos materiales de difusión producidos por esos/as expertos/as tales como libros y revistas de lactancia, alimentación y parto, blogs y redes sociales de temas de parto respetado y crianza respetuosa, entre otros.

Para este análisis se seleccionaron además 30 relatos de parto publicados en un grupo de una red social que se ocupa de difundir información acerca de profesionales y servicios de salud que respeten la fisiología del nacimiento. El trabajo de campo se realizó en el período de 2018-2019.

El consentimiento informado: entre el marco normativo y las prácticas médicas

El derecho a la autonomía, a la información y la posibilidad de tomar decisiones en forma libre e informada en el marco de intervenciones biomédicas se han convertido en ejes principales de defensa frente a diversas formas de violencia y abuso (Hooft & Picardi, 2006). En este contexto, el consentimiento informado es considerado uno de los principales mecanismos normativos de defensa de la autonomía de los sujetos y, a su vez, uno de los estandartes de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005, 7).

El consentimiento informado surge como herramienta jurídica en defensa general del individuo tanto frente a experimentos o ensayos clínicos, como frente a prácticas asistenciales y de intervención. Esto se ha visto inscripto en diferentes documentos internacionales —y posteriormente nacionales— que han establecido y asegurado el uso del consentimiento informado a nivel normativo (dentro de ellos, se destaca el Código de Nuremberg de 1947, la Declaración de Helsinki de 1964 y el Informe Belmont de 1978, entre otros) (Spindel & Suárez, 1995).

No obstante, recién entre las décadas de 1970 y 1980 se comenzó a aplicar el enfoque de Derechos Humanos en lo relativo al embarazo, parto y puerperio (Diniz et al., 2005; Pozzio, 2016). En el ámbito internacional, la Declaración de Fortaleza de 1985 de la OMS y, en el ámbito, regional, el Congreso “Humanización del Parto y el Nacimiento” de 2000 realizado en Brasil indican dos puntos de inflexión con respecto a la temática.

A pesar de estos avances jurídicos e institucionales, la implementación del consentimiento informado y la efectividad de su uso sigue siendo un tema en debate. El uso del consentimiento informado en el ámbito obstétrico y ginecológico ha encontrado diversas formas de resistencia, tanto por los/as propios/as profesionales de la salud (Belli, 2013), como desde el campo jurídico (Schuck, 1994).

La bibliografía que aborda la implementación del consentimiento informado en el contexto del parto se focaliza principalmente en la perspectiva de los/as profesionales de la salud y en las adecuaciones a recomendaciones de buenas prácticas (Chhoa et al., 2017; Lawton et al., 2017; Reis et al., 2017). Dentro de esta línea se ha puesto en discusión la formación de los/as profesionales, la presencia de prácticas invasivas (Alvares, 2018) y las propias experiencias de los/as profesionales de la salud (Lambert et al., 2018; Welsh & Symon, 2014), entre otros aspectos. Parte de esta literatura se origina en el interés sobre cómo obtener el consentimiento ante intervenciones médicas (estrategias ante diferentes situaciones, adecuación del consentimiento, etc.) y ha tendido a marginalizar la problematización del uso de este instrumento en sí (Sawyer et al., 2017, Lawton et al., 2017). Tal como muestra Lawton et al. (2017) esta perspectiva se vincula con una postura defensiva por parte de los/as profesionales ante posibles repercusiones legales vinculadas con el uso del consentimiento.

Por otro lado, también se ha problematizado la relación entre el consentimiento y el parto. Welsh & Symon (2014) destacan dos aspectos centrales dentro del proceso de planificación del parto: por un lado, muestra que la planificación y proceso de decisión excede al binomio gestante-médico e involucra a un conjunto de actores más amplios que se configura en su entorno. Por otro lado, tanto el plan de parto como el consentimiento son términos polisémicos para estos actores. Esta heterogeneidad de significados ha despertado un debate en el campo de la bioética en torno a qué significa y cómo abordar la “comprensión” de información biomédica brindada (Beskow y Weinfurt, 2019).

A su vez, Spindel & Suárez (1995) muestra que el “problema” del consentimiento informado no se restringen al ámbito hospitalario tradicional, sino que también se ha extendido a otras prácticas, como el parto domiciliario. Dentro de los desafíos en la implementación de consentimientos, la diversidad cultural ha representado una temática poco indagada y central para comprender las múltiples racionalidades frente a la implementación de un mismo instrumento.

En Brasil, a su vez se ha mostrado que a pesar de que se haya extendido el conocimiento sobre el término violencia obstétrica, existe aún un bajo grado de conocimiento por parte de los/as profesionales sobre el marco normativo de esta temática (Faneite, Feo & Toro Merlo, 2012) y que los/as profesionales no suelen considerar que el desarrollo de prácticas sin consentimiento implique una situación de abuso o violencia, sino que significa la garantía de seguridad en el parto (Marrero y Brüggemann 2018; Morales, Chaves & Delgado, 2018). Alvares et al. (2018) y Silva et al. (2018) traen a colación que la falta de información que se le brinda a las mujeres en el contexto del parto es uno de los problemas nodales y que cualquier cambio en este escenario implica una transformación del modelo obstétrico imperante.

Más recientemente una parte de la bibliografía se ha focalizando en los estudios sobre las mujeres, sus decisiones y experiencias alrededor del parto. Esta línea de indagación se ha centrado en indagar sobre los procesos de decisión y disputas de poder (Cheyney, 2008), y las experiencias y creencias de las mujeres durante los partos hospitalarios y otras intervenciones obstétricas (Lambert et al., 2018; Wolff y Waldow, 2008; Houghton, 2018).

A su vez, la extensión de prácticas alternativas al modelo de atención hegemónico de parto también ha suscitado nuevas indagaciones. Se ha mostrado como el parto fisiológico posiciona al control sobre el propio cuerpo y una planificación del autocuidado en el centro de la experiencia (Oliveira, 2002). Estudios provenientes de la antropología médica crítica como Cheyney (2008) y Craven (2008) han mostrado que los partos domiciliarios pueden ser vistos como estrategias de resistencia frente a las prácticas violentas hospitalarias³. Así el logro de un mayor autonomía se da con la implementación de un consentimiento informado no burocratizado o tamizado por la racionalidad biomédica.

Por otro lado, las investigaciones que se enfocan en el estudio de la práctica e implementación de los consentimientos han enfatizado las barreras que existen frente a la correcta aplicación de este instrumento. Etnografías como Newnham, McKeller y Pincombe (2017) y Stohl (2018) han mostrado que el uso del consentimiento informado durante el proceso de parto no es transparente ni uniforme, ya que no siempre se da toda la información necesaria y, al mismo tiempo, los/as profesionales pueden moldear la información de acuerdo con las políticas institucionales. En este sentido, Stohl (2018) afirma que si bien el consentimiento informado pretende asegurar los derechos reproductivos de las mujeres, no siempre implica una medida viable para resguardar su autonomía.

Frente a este panorama de desinformación y manipulación de los datos, Yevo et al. (2018) muestra cómo, en contextos de desconfianza frente los/as profesionales, las mujeres despliegan estrategias para administrar la relación de asimetría. La selección de información que brindan las mujeres, la forma de relatar la propia historia y el vínculo construido con el/la profesional son formas en las que activamente las mujeres sortean el tránsito institucional con un mayor nivel de control sobre sus cuerpos.

³ Si bien es cierto que en Argentina la opción de parto planificado en domicilio es una alternativa minoritaria (alto costo económico, disponibilidad para gestaciones de bajo riesgo, entre otras variables), que no escapa a la racionalidad médica, sino que es incluso movilizadora por algunas/os profesionales de la obstetricia y partería en línea con el ideario de la humanización del parto, ocurre que en las experiencias de las mujeres, es tomada como una opción de resistencia al modelo médico y a veces como la única alternativa para escapar de las intervenciones innecesarias. Para profundizar las experiencias de parto planificado en domicilio ver Fornes (2011).

En Brasil, por ejemplo, Reis et al. (2017) señalan que al considerar las prácticas que promueven y resguardan la autonomía de las gestantes, la mayor parte se desarrollan por fuera del ámbito hospitalario. En la misma línea Galvao et al. (2018) señalan que el uso del consentimiento es relativamente escaso y visto como una formalidad burocrática. En este contexto, Wolff y Waldow (2008) hablan de “violencia consentida”, al señalar que el consentimiento desempeña un rol paradójico en el cual debería materializar un derecho, pero se torna fútil por la misma falta de derechos.

Este artículo pone el foco en la agencia, la autonomía y el uso de la información médica en las experiencias de mujeres gestantes.⁴ Estas dimensiones son un objeto aún poco problematizado en la bibliografía relevada, que tiende a focalizarse en el no menos importante análisis de la violencia obstétrica. La particularidad de este artículo es mostrar el modo en que se define el consentimiento informado, no como una mera formalidad médica, sino como una búsqueda de empoderamiento femenino en la práctica y decisiones clínicas.

A continuación analizamos las estrategias de las mujeres en sus intentos por hacer valer sus decisiones informadas, las situaciones que se les presentan, los obstáculos y facilitadores, y cómo éstos influyen en su capacidad de agencia.

Mujeres que disputan el poder obstétrico mediante el uso del consentimiento informado

“Para que cambie el sistema, son las mujeres las que tienen que pedir a los médicos”, reflexionaba un obstetra, informante de esta investigación, consultado acerca de las dificultades del sistema médico de salud de modificar rutinas de intervención poco recomendadas en la atención de los partos y nacimientos. Estas palabras expresan también parte de las razones que llevan a las mujeres a buscar, demandar y compartir con otras sus experiencias y recorridos en pos de tener un parto y nacimiento fisiológico.

Un rasgo central que las define y que comparten es que *están informadas*, tanto de la fisiología del parto y el nacimiento como de cuáles son las intervenciones médicas que se amparan en la evidencia científica y cuáles no. Estas mujeres, más allá de la heterogeneidad de sus biografías y recorridos obstétricos, comparten una capacidad de agencia respaldada en dicha información, que ponen en ejercicio en sus búsquedas y elecciones. Las redes sociales y el activismo virtual se trans-

⁴ Colocar el foco en la agencia en los procesos reproductivos, sin duda, es una perspectiva que recupera el pionero trabajo de Emily Martin (2006).

forman en los principales motores de estas búsquedas que conllevan la semilla de convertirlas en protagonistas de sus historias reproductivas. Es notable que, para ellas, el acceso a la información, ocurra mediante caminos alternativos, pues la información de la fisiología del parto y el nacimiento se opone a la que difunden la mayoría de los/as obstetras. Esto no es un hecho menor, dado que, como veremos más adelante, el “choque de perspectivas” puede tornarse en una situación de desventaja e incertidumbre en las escenas del parto.

En esta sección ponemos el foco en diferentes tipos de estrategias que las mujeres combinan entre sí en pos de efectivizar su protagonismo en las decisiones médicas respecto de sus partos. Ya sea en la elección de un equipo que acompañe desde el respeto por sus tiempos fisiológicos y el de sus hijos/as, ya sea en los modos en que las escenas de parto se transforman en espacios de ejercicio de la agencia femenina. En este proceso, y a veces en retrospectiva, las mujeres encuentran desacoples entre la información adquirida y sus dificultades de ponerla en ejercicio.

La búsqueda

Luego de esa experiencia, 3 años después, queríamos que la forma de llegar al mundo para nuestro próximo hijx sea distinta, era difícil volver a confiar en las Instituciones y en algún profesional, pero tampoco nos sentíamos cómodos con un parto en casa. ...y en ese camino de seguir buscando respuestas por lo que pasó, leer, preguntar a amigas por sus partos en casa, casting de Obstetras y de confiar en que había otra forma de parir optamos por avanzar con xxx en el xxx (Fragmento de relato de parto de grupo de Facebook de una mujer en la búsqueda de atención de su segundo embarazo luego de un parto altamente intervenido)..

En los inicios de la gestación, o incluso antes, las informantes ya alertadas sobre las intervenciones médicas innecesarias (ya sea después de una primera experiencia negativa en sus primeros partos que las lleva a recorrer un camino diferente ya sea porque en sus primeros acercamientos al mundo obstétrico se encuentran con alguna señal que las advierte de buscar caminos alternativos en pos de un parto fisiológico), comienzan un periplo en búsqueda del acompañamiento médico e institucional que las convenza. Es común que se refieran a esta práctica como el “casting”, dado que efectivamente se colocan en *una posición activa*, en la que son ellas que van a decidir si tal o cual profesional “tiene el privilegio de acompañarlas en sus partos”, tal como decía una activista. Con frecuencia, estos primeros encuentros cuando no son positivos, las llevan a tomar la decisión de planificar un parto en domicilio, otras veces a conocer varios obstetras a lo largo del embarazo

hasta encontrar quien les transmite confianza. Sus posibilidades en cuanto a cobertura de salud estructuran sus elecciones de tal o cual equipo profesional y/o institución. En cualquier caso, es frecuente que cambien de equipo incluso en embarazos avanzados de más de 30 semanas. Este proceso de búsqueda si bien tensiona la necesidad de certeza y tranquilidad que las mujeres describen como intrínseca a la experiencia de la gestación, es al mismo tiempo, una vivencia clave del proceso de empoderamiento. Las mujeres que cambian de obstetra, sufren la tensión que ello conlleva pero avanzan al mismo tiempo en la construcción de su fortaleza puesta en juego en la búsqueda de respeto por sus decisiones informadas.

La entrevista obstétrica

La relación médico-paciente es susceptible de convertirse en una arena de negociaciones donde el eje para las mujeres es efectivizar el respeto por las decisiones tomadas. En la primera consulta médica, estas mujeres están atentas a los signos que transmiten los/as profesionales acerca de si van a respetar o no sus voluntades. Es el caso de Sonia, que la impresión negativa en su primer entrevista, la llevan a decidir cambiar de obstetra.

Yo me senté y le digo “¿qué porcentaje de cesáreas tenés? Y el tipo me dijo “no, mamita, yo te voy a hacer cesárea y yo decido no sé qué”, y yo ya cuando... ya primero me dijo mamita, yo lo miré a Igna, nos levantamos y nos fuimos los dos, o sea, ya no necesitaba escucharlo más a ese hombre, ya el mamita con ese tono ya era falta de respeto, si en la primera entrevista supuestamente o la primer cita ya hablaba así, no podía esperar mucho más (Entrevista con Sonia).

Asimismo las mujeres que fueron víctimas de violencia obstétrica en sus primeros partos, se encuentran mejor posicionadas para plantear sus necesidades y derechos en las gestaciones siguientes. El camino recorrido a través de la información, los grupos virtuales y reales y el apoyo de otras mujeres, genera como efecto que sus búsquedas sean más específicas y sus necesidades más claras. Familiarizadas con el lenguaje del parto, la precisión de sus pedidos es la característica principal:

Teniendo en cuenta mi parto anterior, tuvimos largas charlas donde le comuniqué que deseaba tener un parto lo menos intervenido posible con libertad de movimiento y elección de posición para expulsivo, corte tardío del cordón, etc. y que nos estaba acompañando una Doula, que quería que esté con nosotros durante el tp en el sanatorio (Entrevista con Lucrecia)

En las redes sociales circulan consejos y pautas para advertir a tiempo cuando un/a profesional puede dar una falsa impresión de ser respetuoso y de contemplar el lugar de las mujeres en las decisiones médicas. Estos consejos se transmiten también en espacios grupales de acompañamiento, distribución de información y preparación para el parto que son coordinados por *doulas*⁵ o asesoras en crianza. Allí, las mujeres aprenden qué decir y qué preguntar a los/as obstetras y también a conocer realmente en qué consisten sus deseos, que pueden variar de una a otra, más allá de un marco general caracterizado por la defensa de la fisiología. En ese proceso se va delineando una trayectoria centrada en la autonomía y el valor del consentimiento informado como base de las decisiones reproductivas.

El plan de parto

Por medio de la presente, con el objeto de dejar constancia que encontrándonos cursando un embarazo de 36 semanas, con fecha probable de parto el 14 de marzo y habiéndonos informado; mi pareja y yo del desarrollo del proceso fisiológico del parto y el nacimiento, así como también de su cobertura sanitaria, queremos expresar cómo queremos que se desenvuelva el nacimiento de nuestra hija, teniendo en cuenta el marco legal vigente (Ley Nacional 25929) (Fragmento de plan de parto de Nicole, una de las participantes de un grupo de acompañamiento de la gestación donde se realizó observación participante)

El plan de parto es una herramienta legal destinada a que las instituciones cumplan con los derechos de las mujeres gestantes y los recién nacidos, asimismo es una forma de dejar constancia escrita que los/as profesionales y las instituciones están anoticiados de las elecciones de una mujer en el momento del parto. En definitiva, el plan de parto invierte la lógica del consentimiento informado que supone hacerle firmar al paciente su comprensión y acuerdo con determinada práctica médica. En este caso, son las mujeres quienes buscan que los/as profesionales firmen y comprendan sus requisitos.

Tanto el grupo de las mujeres entrevistadas como los relatos de grupos de las redes sociales documentadas para este artículo dan cuenta de que si bien no todas las mujeres presentan plan de parto, no es un tópico que pase inadvertido para

⁵ La doula es una mujer que se dedica a acompañar a la mujer gestante durante el embarazo y el parto, se trata de un acompañamiento emocional y de cuidado, centrado en colaborar con el sostenimiento y apoyo a las decisiones que realizan durante la gestación las mujeres y sus parejas si la hubiera, en pos de un parto y nacimiento respetado.

ellas. Algunas consultan modelos en los grupos de las redes sociales, lo conversan con sus *doulas*, se preocupan por saber cuál es el formato institucional de presentación. A veces reciben respuestas de aceptación por parte de las instituciones, en otras oportunidades las citan para conversar sobre lo escrito, en otros casos directamente los/as profesionales no aceptan firmar el plan de parto o las instituciones se niegan a recibirlos.

La herramienta de plan de parto como instrumento para garantizar derechos en el parto y el nacimiento no se encuentra aún estandarizada y eso da lugar a una heterogeneidad de respuestas y reacciones institucionales, más o menos alejadas del respeto por la autonomía de las mujeres. Ocurre algo similar con el plan de recepción del/la recién nacido/a, que no es otra cosa que la descripción de las intervenciones permitidas y las que no lo están, siempre en concordancia con lo establecido por la ley. Muchas veces la presentación de este plan es sustituida por una entrevista con el/la jefe/a de neonatología de la institución, como modo de conocer cuál es la perspectiva institucional y cómo sortearla. Las informantes reconocen que “neo” es el área más difícil de transformar.

El plan de parto, cuyo objetivo es instrumentalizar los derechos de las mujeres, es también un espejo de las dificultades del sistema de salud en implementar reformas afines con la legislación vigente y la evidencia científica. Es decir, de cumplirse estos criterios la presentación de un plan de parto sería prácticamente redundante. El efecto paradójico entonces, es transformar dimensiones colectivas y acuerdos científicos y legales que rodean a la práctica obstétrica en cuestiones individuales. Algunas mujeres cuentan que si bien los obstetras se niegan a firmarles el plan de parto, en reemplazo dejan constancia en la historia clínica de las decisiones y necesidades de las consultantes. “Prefiere que no le hagan episiotomía” (tal como se refería una entrevistada respecto al listado que la obstetra anotaba en su historia clínica), transmite la noción de que se trata sólo de una elección individual, algo que en realidad es producto de la evidencia científica que respalda el no uso estandarizado de la episiotomía.

Directivas anticipadas

Algunas mujeres, saben, ya sea por experiencia propia o porque han leído “relatos de parto”, que existe un momento durante el trabajo de parto en el que el agotamiento las puede alejar de su deseo de vivir un parto fisiológico, en especial cuando el dolor se hace insoportable. En consecuencia recurren al uso de las directivas anticipadas como estrategia para garantizarse el apoyo de sus compañeros y equipos de atención, en virtud de sostener sus decisiones reproductivas.

Te voy a pedir la epi, yo lo sé. Y vos no me la vas dar. No importa lo que te diga. Y vos Maxi, me vas a ver sufrir y cuando la pida, me vas a recordar que yo no la quería. Recordale a Gonza que no la quiero” dije en la última consulta. Y así fue y lo agradezco a cada momento. Le agradecí mil a Gonzalo no haber cedido en ese momento y a Maxi por haber aguantado verme en ese estado. He llegado a decirles “De verdad te lo digo, por favor, me estoy muriendo. Vos no me la querés dar a propósito porque querés que me muera.” Algunas veces me decían que si, que ya me la daban, otras no me contestaban y en una Gonza me dice “mirate el brazo, no tenés suero, es la oxitocina de cuerpo, vos sabes que si te doy la epidural se puede cortar el trabajo de parto que tanto nos costó lograr. Eso querés?” y obvio que dije que no y pujé. Fue la última vez que la pedí... (Fragmento de relato de parto de Nicole).

Lo significativo de las directivas anticipadas, si bien no es una estrategia muy usual, es que evidencia la importancia de otros actores en la escena del parto, dado que para su implementación requiere de un compromiso activo de parte del equipo y compañero de la mujer parturienta. A continuación nos focalizamos en las estrategias implementadas por las mujeres en el trabajo de parto y parto, donde el rol de otros actores (enfermeras, parteras, etc) es una dimensión vital para comprender cómo ejercen las mujeres su capacidad de agencia.

Trabajo de parto y parto

Durante el trabajo de parto y parto, las mujeres se enfrentan a situaciones donde se ven forzadas a desplegar los conocimientos de fisiología aprendidos y el valor de sus propias decisiones. Estas situaciones son delicadas para ellas, en tanto el parto es un hecho que compromete sus vidas y las de sus hijos/as. En efecto, desde la visión de las mujeres informantes de esta investigación, la vulnerabilidad del trabajo de parto y parto contrasta con el ejercicio de la autonomía y la defensa de los derechos a las que las mujeres se ven forzadas en pos de ser partícipes de prácticas médicas consensuadas.

El parto en sí se transforma en una escena con derecho propio, donde los acuerdos previos efectuados durante la gestación vuelven a ponerse en disputa en algunos casos, ya sea porque los/as profesionales que parecían ser respetuosos de los tiempos fisiológicos cambian de orientación en ese momento ya sea porque aparecen nuevos actores con quienes las mujeres deben lidiar y poner nuevamente en juego sus decisiones informadas. Es frecuente que, la aparición de un/a enfermero/a o partero/a con el/la que no se estableció un contacto previo durante la gestación, modifique el curso de lo esperado y coloque nuevamente la agencia de las mujeres

en el centro de la escena. La situación relatada por una informante en una charla para gestantes, ejemplifica lo expuesto:

De repente ví que viene una partera enfermera o no se quien con una inyección preparándola para poner en mi suero y la paré, le dije ¿qué es eso? Me explicó que era una medicación para ayudarme con las contracciones. Le dije que no quería oxitocina, que es algo artificial y doloroso. Yo quiero que sea natural, me acuerdo que enfaticé. Ahí fue cuando me quiso asustar, diciendo que mi bebé se había hecho caca en la panza. Yo no pude más y me largué a llorar, le rogué que no me pusiera, que yo ya lo había arreglado con la obstetra. Y bueno, ella accedió (Entrevista con Sarah).

En ese caso, como en tantos otros, es destacable el uso de información de carácter dudosa (la presencia de líquido meconial) para convencer a una mujer de que acceda a una intervención médica. La dificultad de sostener en las escenas de los partos los aspectos consensuados previamente en la relación médico-paciente, en el ejemplo citado el no uso de oxitocina sintética para acelerar la dinámica de parto, define el principal obstáculo con el que lidian las informantes al momento de hacer ejercicio de sus decisiones informadas.

Las vivencias del parto

A continuación presentamos dos situaciones en las que se observan elementos típicos de las formas en las que las mujeres vivencian la búsqueda del consentimiento informado en las escenas del parto. En el primer caso, se observa una resolución favorable a los derechos y decisiones de la mujer gestante, mientras que en el segundo caso se presenta una situación mixta. En principio, la mujer hace valer sus decisiones, pero luego, la presión que recibe de parte del equipo redundante en una paulatina pérdida de autoconfianza con la consecuente solicitud de las intervenciones médicas negadas con anterioridad. Sin duda que la aceptación de intervenciones previamente rechazadas no es necesariamente un efecto de la presión recibida, sino que puede ser, un cambio de preferencias de la mujer en el transcurso del trabajo de parto. Ocurre que los casos relevados en esta investigación refieren a mujeres que lamentan haber cedido a las intervenciones, porque desde su visión, las siguen considerando innecesarias.

El recorrido recién empezaba, por eso no dolía (era la parte que me hacía ruido). Le dije que de ninguna manera me iba a quedar, había hablado muy claro que mi intención era hacer el TP en mi casa. Trató de convencerme,

me seguí negando. A todo esto marido entra a la sala, trata de asustarlo a él haciéndole referencia de que yo ya estaba en trabajo de parto, con 5 de dilatación y por protocolo debían internarme. Mi marido la sacó cagando, conocía muy bien mis deseos y los iba a hacer respetar con uñas y dientes. Ana Luz llama nuevamente a Maxi, esta vez para contarle nuestra negativa. Maxi pide hablar con mi marido. Escucho que discuten. Mientras tanto yo comienzo a vestirme y prepararme para salir. Mi marido le pasa el celular a la partera y le dice “arreglen entre Uds. Nosotros nos vamos”. Dicho y hecho, pegamos media vuelta y nos fuimos frente a la cara de sorpresa de la partera (Entrevista con Lucía).

Me sentía cómoda estando parada, así que cuando venía una contracción me agarraba de mi marido. Me dejaron así alrededor de una hora, me vuelven a revisar y estaba en 8 cm ya. Veo que la doctora agarra una jeringa y le inyecta algo, le pregunto que era y me responde que sospechaba: “oxitocina”. Le dije que no la quería y lo respetó. Las contracciones se iban haciendo cada vez más intensas en dolor, pero no se acortaba el espacio entre ellas, seguían siendo cada 10 minutos y por ese motivo es que quería ponerme la oxitocina. Una hora más tarde me vuelve a revisar y estaba con dilatación completa, pero no había roto bolsa y el bebé estaba alto. Me ofrece romperme bolsa y me negué, lo aceptó. Cuando se va, mi marido me empieza a decir que tendría que haber aceptado, estaba viendo lo que estaba sufriendo y con romper bolsa eso iba a terminar en cuestión de minutos. Seguí sin querer nada. Pedí el banco de parto ya que me sentía cómoda sentada en el inodoro y supuse que en el banco iba a ser algo parecido, pero me equivoque. Me senti re incomoda, así que me senté en el costado de la camilla y me agarraba de un tacho de basura (que estaba limpio), xq era lo que me hacía sentir cómoda. Me pusieron reliveran⁶ porque estaba con muchas nauseas y eso me incomodaba. Llegó un momento que no aguanté más y pedí que me rompan la bolsa. Vinieron, la rompieron y se fueron, solo quedó una partera en la habitación sentada a un costado sin decir ni hacer nada (Fragmento de relato de parto publicado en una red social).

En ambas situaciones se observan elementos característicos de las estrategias de las mujeres implementadas en el parto. Por un lado, el esfuerzo en no consentir con intervenciones innecesarias que surgen en la situación de parto y que a veces no pudieron ser previstas, ya sea porque son mujeres que durante el transcurso de la gestación realizaron un lento proceso de acopio de información y no lograron constatarla con los/as profesionales intervinientes, ya sea porque sorpresivamente aparecen elementos nuevos en la escena del parto que se alejan de lo acordado con

⁶ Reliveran es un medicamento comúnmente utilizado para tratar las náuseas y el vómito.

los/as profesionales durante la gestación. Por otro lado, se visibiliza el apoyo de la pareja como variable que marca la diferencia, en el primer caso, sostiene a la mujer en sus decisiones informadas, en la segunda situación, por el contrario, la pérdida de apoyo del compañero/a radica en una disminución de la capacidad y puesta en ejercicio de las decisiones de la mujer.

Consideraciones finales

En este artículo abordamos la diversidad de estrategias que las mujeres diseñan, despliegan y combinan como forma de afrontar su deseo de tener un parto fisiológico. El análisis revela que existen dos escenarios diferenciados donde se juega el consentimiento informado. Por un lado, la búsqueda premeditada de las mujeres que se despliega previo al parto y donde se observa cómo la capacidad reflexiva se pone en evidencia mediante las herramientas de plan de parto, directivas anticipadas, casting de obstetras, y conversaciones durante las consultas médicas donde se anticipa lo que se espera del parto. Ello indica la capacidad de disputa activa de poder en torno a la toma de decisiones (Cheyney, 2008) y muestra la red de actores que son movilizados en pos de la toma de decisiones, que excede el binomio médico-paciente (Welsh & Symon, 2014).

Por otro lado, el ejercicio del consentimiento informado en el escenario del parto propiamente dicho, donde emerge como dato central el rol de otros actores que pueden eventualmente entorpecer o facilitar la ocurrencia de un parto y nacimiento fisiológico.

En cualquier caso, la búsqueda del consentimiento informado, se comporta como un *termómetro* con el que medir la predisposición de los/as profesionales a respetar sus decisiones informadas respecto al parto y el nacimiento. En ese proceso, las mujeres desarrollan una sensibilidad y atención minuciosa acerca de cómo interpretar las actitudes de los profesionales respecto a cuán respetuosas/os serán en los momentos claves de la gestación.

Tal como se analizó en estas páginas, la información acerca de cómo funciona la fisiología que acopian las mujeres durante sus procesos de gestación es una variable relevante para analizar cómo ocurren los procesos de empoderamiento y agencia. No obstante, el uso estratégico de esta información depende de los escenarios concretos en los que las mujeres despliegan sus conocimientos sobre la fisiología y las decisiones sobre sus cuerpos.

Los datos etnográficos sugieren que al resistirse frente a las intervenciones obstétricas, las mujeres se apoyan en discursos científicos que valoran la fisiología del parto y eso las conecta con su propia capacidad de parir y con su autonomía

respecto a sus cuerpos. No obstante, dicho proceso de empoderamiento se ve disminuido en las experiencias concretas. Con frecuencia, estas mujeres se posicionan como sujetas activas y sin embargo muchas veces se confrontan con las nociones de riesgo y tutelaje que constituyen a la práctica obstétrica. Los datos de otras investigaciones cualitativas muestran también este proceso de desdibujamiento de la autonomía y poder femenino. Retomando el trabajo de Wolff y Waldow (2008) sin duda que el consentimiento desempeña un rol paradójico en el cual debería materializar un derecho, pero se torna, a veces, fútil por el contexto institucional en el que se atienden los partos.

En términos generales, la búsqueda de autonomía en las decisiones médicas informadas se tensiona con las características de los escenarios clínicos, los/as pacientes no son autosuficientes, se requiere una ética de la responsabilidad que mediante un diálogo y una guía por parte del/la médico/a permita visualizar las opciones para que el/la paciente pueda decidir. El consentimiento informado es el instrumento que vehiculiza este proceso (Tauber, 2005).

En el caso analizado, las decisiones médicas, tradicionalmente configuradas a partir de los principios morales del cuidado y la responsabilidad (Tauber, 2005) tensionan el principio de autonomía y los derechos de las mujeres que buscan recuperar el control y la gestión de sus partos y el nacimiento de sus hijos/as. Es en ese desafío en el que se sitúan las experiencias de estas mujeres que, informadas acerca de la fisiología del parto y el nacimiento intentan hacer valer sus decisiones en el marco de la atención médica del parto.

Recibido: 20/06/2020

Aceptado para publicación: 18/07/2020

Referencias bibliográficas

- ABDALA, L. 2016. *Exploración sociológica de los significados y prácticas de la maternidad en mujeres que reivindican 'partos humanizados' y 'crianzas naturales'*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional del Litoral.
- ALVARES, Aline; CORRÊAI, Áurea; NAKAGAWA, Janete; Teixeira, Renata; NICOLINI, Ana & MEDEIROS, Renata. 2018. "Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare". *Revista Brasileira de Enfermagem*. Enero de 2018. Vol. 71, suppl. 6, p. 2620-2627.
- BELLI, Laura. 2013. "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos". *Revista Redbioética/UNESCO*. Enero de 2013. Vol. 1, n° 7, p. 25-34.
- BESKOW, Laura & WEINFURT, Kevin. 2019. "Exploring Understanding of "Understanding": The Paradigm Case of Biobank Consent Comprehension". *The American Journal of Bioethics*. Mayo de 2019. Vol. 19, n° 5, p. 6-18.
- BOBEL, Chris. 2002. *The Paradox of Natural Mothering*. Philadelphia: The Temple University. 240 p.
- CASTRILLO, B. 2019. *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos*. Tesis doctoral. Universidad Nacional de la Plata.
- CHEYNEY, Melissa. 2008. "Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace". *Qualitative Health Research*. Febrero de 2018. Vol. 18, n° 2, p. 254-267.
- CHHOA, Celine; SAWYER, Alexandra; AYERS, Susan; PUSHPA-RAJAH, Angela & DULEY, Leila. 2017. "Clinicians' views and experiences of offering two alternative consent pathways for participation in a preterm intrapartum trial: a qualitative study". *Trials*. Abril de 2017. Vol. 18, n° 1, artículo 196.
- CRAVEN, Christa. 2008. "Claiming Respectable American Motherhood: Homebirth Mothers, Medical Officials, and the State". *Medical Anthropology Quarterly*. Enero de 2008. Vol. 19, n° 2, p. 194-215.
- DEN HOLLANDER, Geerte; BROWNE, Joyce; ARHINFUL, Daniel; DER GRAAF, Rieke & KLIPSTEIN-GROBUSCH, Kerstin. 2018. "Power Difference and Risk Perception: Mapping Vulnerability within the Decision Process of Pregnant Women towards Clinical Trial Participation in an Urban Middle-Income Setting". *Developing World Bioethics*. Junio de 2018. Vol. 18, n° 2, p. 68-75.
- DINIZ, Simone; SALGADO, Heloisa; ANDREZZO, Haiana; CARVALHO, Paula; CARVALHO, Priscila; AGUIAR, Cláudia & NIY, Denise. 2005. "Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention". *Journal of Human Growth Development*. Agosto de 2005. Vol. 25, n° 3, p. 377-384.
- EDVARDSSON, Kristina; LALOS, Ann; AHMAN, Annika; SMALL, Rhonda; GRANNER, Sophie & MOGREN, Ingrid. 2016. "Increasing possibilities – Increasing dilemmas: A qualitative study of Swedish midwives' experiences of ultrasound use in pregnancy". *Midwifery*. Noviembre de 2016. Vol. 42, p. 46-53.

- FANEITE, Josmary; FEO, Alejandro & TORO MERLO, Judith. 2012. "Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud". *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Marzo de 2012. Vol. 72, n° 1, p. 4-12.
- FORNES, Valeria. 2011. "Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea". En: FELITTI, K. (coord.). *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus. 288 p.
- GALVAO, Rachel; HAWLEY, Nicola; SILVA, Carolina & SILVEIRA, Mariângela. 2018. "How obstetricians and pregnant women decide mode of birth in light of a recent regulation in Brazil". *Women and birth*. Octubre de 2018. Vol. 31, n° 5, p. 310-317.
- HOOFT, Pedro & PICARDI, Geraldina. 2006. "Bioética y derecho. El consentimiento informado en la Jurisprudencia Argentina". *Revista Latinoamericana de Bioética*. Noviembre de 2006. N° 10, p. 1-58.
- HOUGHTON, Gillian; KINGDON, Carol; DOWER, Michael; SHAKUR-STILL, Halema & ALFIREVIC, Zarko. 2018. "What women think about consent to research at the time of an obstetric emergency: a qualitative study of the views of a cohort of World Maternal Antifibrinolytic Trial participants". *BJOG*. Diciembre de 2018. Vol. 125, n° 13, p. 1744-1753.
- JEREZ, C. 2015. *Partos humanizados, clase y género en la crítica a la violencia a las mujeres en los partos*. Tesis de licenciatura. Universidad de Buenos Aires.
- LAMBERT, Jaki; ETSANE, Elsie; BERGH, Anne-Marie; PATTINSON, Robert & BROEK, Nynke. 2018. "I thought they were going to handle me like a queen but they didn't: A qualitative study exploring the quality of care provided to women at the time of birth". *Midwifery*. Julio de 2018. Vol. 62, p. 256-263.
- LAWTON, Julia; HALLOWELL, Nina; SNOWDON, Claire; NORMAN, Jane; CARRUTHERS, Kathryn & DENISON, Fiona. 2017. "Written versus verbal consent: a qualitative study of stakeholder views of consent procedures used at the time of recruitment into a peripartum trial conducted in an emergency setting". *BMC Medical Ethics*. Mayo de 2017. Vol. 18, n° 1, artículo 36.
- MANTILLA, Jimena. 2019. "Cuerpos, niñez y crianza: cartografías corporales de la infancia en el modelo de crianza respetuosa en la Argentina". *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*. Julio de 2019. Vol. 4, n° 1, p. 61-75.
- MARRERO, Lihseh & BRÜGGERMANN, Odaléa. 2018. "Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review". *Revista Brasileira de Enfermagem*. Junio de 2018. Vol. 7, n° 3, p. 1152-1161.
- MARTIN, Emily. 2006. A mulher no corpo. *Uma análise cultural da reprodução*. Río de Janeiro: Garamond. p.378
- MORALES, Ximena; Chaves, Laura & Delgado, Carlos. 2018. "Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective". *Qualitative Health Research*. Mayo de 2018. Vol. 28, n° 8, p. 1308-1319.
- NEWNHAM, Elizabeth; MCKELLAR, Louis. & PINCOMBE, Jan. 2017. "It's your

- body, but...? Mixed messages in childbirth education: Findings from a hospital ethnography". *Midwifery*. Diciembre de 2017. Vol. 55, p. 53-59
- OLIVEIRA, Zuleyce & MADEIRA, Anézia Moreira Faria. 2002. "Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Junio de 2002. Vol. 36, nº 2, p.133-140.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [online]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/ [Acceso el 10.11.19]
- POZZIO, María Raquel. 2016. "La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica". *Revista de Estudios Feministas*. Abril de 2016. Vol. 24, nº1, p.101-117.
- REIS, Thamiza; PADOIN, Stela; TOEBE, Thayla; PAULA, Cristiane & QUADROS, Jaqueline. (2017). "Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review". *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Abril de 2017. Vol. 38, nº 1, e64677.
- SAWYER, Alexandra; CHHOA, Celine; AYERS, Susan; PUSHPA-RAJAH, Angela & DULEY, Leila. 2017. "Women's views and experiences of two alternative consent pathways for participation in a preterm intrapartum trial: a qualitative study". *Trials*. Septiembre de 2017. Vol. 18, artículo 422.
- SCHUCK, Peter. 1994. "Rethinking Informed Consent", *Yale Law Journal*. Enero de 1994. Vol 103, nº 4, p. 899-959.
- SILVA, Damião ; SILVA, Berenice; BATISTA, Tatiana & RODRIGUES, Quessia. 2018. "Humanization practices with pregnant women in the hospital environment: integrative review". *Revista Baiana de Enfermagem*. Abril de 2018. Vol. 32, e21517.
- SPINDEL, Peggy & SUÁREZ, Suzanne. 1995. "Informed consent and home birth". *Journal of Nurse Midwifery*. Diciembre de 1995. Vol. 40, nº 6, p. 541-569.
- STOHL, Hindi. 2018. "When Consent Does Not Help: Challenges to Women's Access to a Vaginal Birth After Cesarean Section and the Limitations of the Informed Consent Doctrine". *American Journal of Law & Medicine*. Noviembre de 2017. Vol. 43, nº 4, p. 388-425.
- TAUBER, Alfred. 2005. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press. 344 p.
- UNESCO (19-10-2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Artículo 6 [Online]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/599/146180S.pdf> [Acceso el 10.11.19].
- WELSH, Joanne & SYMON, Andrew. 2014. "Unique and proforma birth plans: a qualitative exploration of midwives' experiences". *Midwifery*. Julio de 2014. Vol. 30, nº 7, p. 885-891.
- WOLFF, Leila & WALDOW, Vera. 2008. "Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto". *Saúde e Sociedade*. Septiembre de 2008. Vol. 17, nº 3, p. 138-151.
- YEVOO, Linda; AGYEPONG, Irene; GERRITS, Trudie & VAN DIJK, Han. 2018.

“Mothers’ reproductive and medical history misinformation practices as strategies against healthcare providers’ domination and humiliation in maternal care decision-making interactions: an ethnographic study in Southern Ghana”. *BMC Pregnancy Childbirth*. Julio de 2018. Vol. 18, n° 1, artículo 274.