

En busca de la *autonomía profesional*: la partería en un contexto de atención definido entre *normalidad* y *patología*.

Maria Victoria Salsa Cortizo
UNLP / CICPBA
victoriasalsa@yahoo.com

Presentación

En esta ponencia nos proponemos abordar la constitución de objetos, incumbencias y campos de disputa profesional a partir del estudio de los modos en que se presenta la especificidad disciplinar de la partería.

Asimismo, nos preguntamos respecto a las modalidades en las que se presenta la cuestión de la autonomía profesional y su relación con la construcción de un objeto disciplinar propio.

Abordaremos los modos en que son construidos los contextos de atención a partir del análisis de los dichos de obstétricas bonaerenses que hemos entrevistado en los años 2013 y 2014 y de registros de campo del “I Congreso Nacional de Obstétricas” (2013) y del “I Encuentro Nacional de Obstétricas” (2014) -eventos organizados por el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires COPBA-. Indagaremos alrededor de la distinción entre normalidad y patología como categorías que se presentan como ordenadoras de las disciplinas que atienden partos: medicina-alto riesgo/patológico, partería-bajo riesgo/normal¹. Y en este contexto, nos preguntaremos cómo se construye y disputa la categoría de autonomía profesional.

Partimos del supuesto de que los procesos de profesionalización constituyen un conjunto de acciones orientadas a generar control del trabajo propio de una ocupación con el objetivo de definir el objeto de su actividad (Schapira, 2003). Consideraremos que estas acciones se despliegan en un campo de relaciones de poder en contextos históricos particulares “que

1 En 1985 se establecieron las “Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento” en el marco de la Declaración de Fortaleza a partir de acuerdos definidos por parte de un equipo interdisciplinario en el que se definieron “tecnologías apropiadas para la atención de los partos” (OMS, 1985: 436-437). En esta declaración se sugirieron una serie de políticas a adoptarse en relación a aspectos tales como la formación de profesionales, la legislación, las competencias de las profesiones, los servicios de salud, etc. Desde aquí, se promovió la formación de parteras profesionales y se las señaló como agentes clave en la atención del embarazo-parto- puerperio “normales”.

necesitan de un reconocimiento y legitimación por parte del estado” (Schapira; op. Cit.: 956), por lo que, tal como advierte Freidson (1978), el estudio de las profesiones y de la profesionalización requerirá que se preste estrecha atención a los procesos políticos en los que las ocupaciones se encuentran intrincados y desde donde se negocian –junto al estado y otras profesiones- concesiones de “derechos exclusivos para desempeñar ciertas tareas, para reclutar y educar a sus miembros, para dar órdenes a otras ocupaciones y para definir en qué consistirá su trabajo (9)”.

Si una de las garantías de la autonomía es convertirse en la “la autoridad más confiable en la naturaleza de la realidad que se trata” (Freidson, op. Cit.: 15), nos preguntamos en esta ponencia: ¿cómo se define y construye un objeto disciplinar propio de la partería?, ¿cuál es la especificidad que detenta?

Este trabajo recupera la propuesta de Menéndez (1997) de analizar los modelos de atención como construcciones sociales desarrolladas alrededor de procesos de poder y de relaciones de hegemonía-subalternidad. Desde aquí, se procurará esbozar un análisis respecto del marco político de la atención obstétrica y sus implicancias para la partería.

En este sentido, sostenemos que la posibilidad de que una ocupación se constituya autónoma, debe atender a procesos socio-políticos e históricos. Esto es debido a que parte de esta posibilidad responde a que un conjunto de sectores, instituciones y dispositivos, convenzan a los organismos de gobierno de que las políticas públicas deberían orientarse a garantizar los deseos de un determinado grupo ocupacional.

Metodología

Trabajaremos a partir del análisis de entrevistas realizadas a obstétricas que ejercen su profesión en la provincia de Buenos Aires² y analizaremos registros y notas de campo recabados en dos Congresos de la especialidad.

2 Las obstétricas entrevistadas contaban con más de veinticinco años de ejercicio y más de cincuenta años de edad. Se han desempeñado en distintos sectores del sistema de salud realizando labores asistenciales y participan de manera activa en el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires.

La perspectiva relacional será clave en esta ponencia para esbozar el escenario de relaciones de poder, disputas, posicionamientos, saberes y quehaceres en relación a los agentes y actores vinculados con la profesionalización y conformación de la identidad profesional de la profesión obstétrica en la provincia.

Nos proponemos tornar visibles los campos en los que las personas involucradas en el presente trabajo llevan adelante sentidos y prácticas. Los campos de acción y significación, ha dicho Biehl (2011), son mediados por poder y conocimiento y también animados por reivindicaciones de derechos básicos y deseos, por lo que no basta simplemente con observar grandes tramas, sino que es necesario estar atentos a las maneras en que las configuraciones son constantemente construidas, deshechas o rehechas por el deseo y el devenir de los actores sociales que construyen estrategias para orientarse frente a las distintas relaciones de poder que los envuelven.

La partería en los albores del Siglo XXI

En el marco de la agenda pública en torno a los denominados “derechos sexuales y reproductivos”³, durante la década de 1980 en América Latina se ha abierto una intensa discusión en torno a las modalidades de atención médica del embarazo, parto y posparto.

Al mismo tiempo, comenzaron a desplegarse una variada cantidad de acciones por parte de activistas y agrupaciones de mujeres que impulsaron la generación de espacios de discusión y disputa alrededor de las políticas de género, de reproducción y de derechos sexuales (Puede profundizarse esto en la lectura del texto de Morgan, L. M., & Roberts, E. F. S., 2012). En este contexto, comenzaron a iniciarse movimientos de humanización de la asistencia al parto y al nacimiento y se reivindicaron modelos de atención que comenzaron a cuestionar las prácticas e intervenciones médicas vigentes en la atención obstétrica por ser consideradas innecesarias o dañinas y poco respetuosas de los derechos reproductivos de las mujeres (Mac

³ El término 'derechos reproductivos' se torna público en 1984 durante el I Encuentro Internacional de la Salud de la Mujer en Amsterdam, la definición de 'salud reproductiva' fue desarrollada en 1987 desde la OMS y adoptada y ampliada en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo del Cairo en 1994 en donde los países participantes establecieron como meta para el año 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva.

Callum, C. & do Reis, A. P., 2006: 1483-4).

Desde diferentes organismos se ha venido reconociendo la importancia de que las parteras reciban atención prioritaria en los programas, las políticas y los presupuestos de salud. Con la “Declaración de Fortaleza”, el rol de las obstétricas fue comenzando a pensarse más allá de las salas de parto y de la asistencia a los profesionales de la medicina en la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio. Asimismo, en esta Declaración, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. A partir de entonces, se planteó la necesidad de promover la formación de parteras profesionales como profesionales idóneas para la atención del “parto normal” y se señaló que la atención durante el embarazo, parto y puerperio “de bajo riesgo” debía ser competencia de esta profesión y que cumplirían un papel relevante para lograr bajar las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil.

En Argentina las funciones de las obstétricas se encuentran bajo las regulaciones –no exentas de conflictos- de las incumbencias que le otorga su formación universitaria y por legislaciones provinciales y nacionales, siendo profesionales reconocidas y calificadas en la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio de ‘bajo riesgo’, quedando su objeto de intervención ligado muy estrechamente a la noción de “normalidad”, cuestión que pareciera diferenciarlas del ejercicio de la biomedicina, al que suele atribuirse la intervención en circunstancias y procesos donde está presente -o potencialmente presente- la patología. Normativas y programas fueron ampliando las funciones de las parteras profesionales yendo más allá de la atención de los partos y en este sentido, nuevas competencias profesionales se han planteado y han logrado traducirse en cambios en los planes de estudio y la creación del grado de Licenciatura en las carreras de formación en nuestro país a partir de la década de 1990.

En esa misma década, desde los Ministerios de Salud nacional y de la provincia de Buenos Aires, comenzaron a surgir políticas que contemplaron a la obstétrica como la profesional encargada de la atención del embarazo “normal”, del parto de bajo riesgo y del recién nacido, de la consejería en lactancia y los controles puerperales. En la Provincia de Buenos Aires, surgió en el año 1995 el Programa Materno Infantil: se incluyó a la obstétrica de manera

sistemática en el trabajo en Atención Primaria de la Salud y la partera se incorporó en cada Unidad Sanitaria Municipal. El Programa nació con el propósito de disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno-infantil y se incorporaron obstétricas a los Centros de Salud con la tarea de ocuparse de los denominados “aspectos preventivos y promocionales” del proceso de atención del embarazo, parto y posparto.

En este contexto, una nueva ola de regímenes morales y de derechos trajeron nuevas ideas alrededor de lo racional y lo irracional (Morgan, L. M., & Roberts, E. F. S., op. Cit.): las cuestiones ligadas a lo reproductivo se volvieron elementos centrales y los modelos de atención hegemónicos⁴ comenzaron a ser denunciados de manera creciente tanto por profesionales como por movimientos sociales. Valores tales como la 'paciencia', el 'respeto', la 'compasión', el 'acompañamiento', la 'afectividad', el 'cuidado' y la 'humanización' se han vuelto centrales para aquellos sectores que han planteado críticas al modelo de atención biomédico o “excesivamente medicalizado”, significado como aquel que no reconoce los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y que recorta al proceso de nacimiento como un fenómeno médico y tendiente a la 'patologización' y a la 'intervención innecesaria' (Torquinst C. S., 2003: 420).

En relación a esto, destacamos el concepto de *governance* propuesto por Shore y Wright (1997) que nos permitirá describir y analizar políticas en términos de las condiciones que imponen y de la forma en que a partir de ellas se intentan modelar normas de conducta de los sujetos. Desde aquí también recuperamos el concepto de *reproductivegovernance* desarrollado por Morgan y Roberts (op. Cit.) como una herramienta analítica para comprender racionalidades políticas en relación a las cuestiones reproductivas a partir de donde se crean regímenes morales desde donde se apela a definir, producir y controlar determinados

4 Entendemos como modelo hegemónico de atención obstétrica al modelo tecnocrático caracterizado por Davis Floyd (1994) como un modelo de atención fuertemente atravesado por la separación mente-cuerpo, desde donde el cuerpo queda metaforizado como una máquina y los centros de atención médica como fábricas donde se elaboran “productos” -en este caso, madres y niños- gracias al uso de la tecnología sobre todos los procesos de atención, incluso en aquellos que son considerado “de bajo riesgo” o “fisiológicos”. Bajo este modelo se entiende a la mujer como una máquina defectuosa que necesita de un experto con saberes técnicos que puedan desencadenar el nacimiento de manera estandarizada, siguiendo y ajustándose a protocolos y reglas que parecen poder aplicarse en todas las situaciones independientemente de las individualidades y deseos de las mujeres y sus familias.

comportamientos y prácticas reproductivas de las poblaciones. Cabe destacar que estas autoras han señalado que diversos actores sociales han iniciado resistencias y debates en torno a lo racional y lo irracional en la reproducción en los últimos años y será este el lente con el que miraremos las disputas alrededor de la definición del ejercicio profesional de la partería y su autonomía.

La Cruzada por el fortalecimiento de los servicios de partería

El proceso de medicalización iniciado junto al Siglo XX y consolidado luego de la Segunda Guerra Mundial, ha permitido que nuevos problemas que antes no eran definidos como asuntos de la medicina pasen a su jurisdicción (Conrad, 1982).

Desde entonces, se viene dando un proceso de constitución y promoción de categorías para determinar ciertos parámetros, valores y conductas como 'desviadas de la norma', 'patológicas', 'anormales' o 'riesgosas' que se encuentran hegemónicamente en manos de la medicina (Conrad y Schneider, 1985). Esta profesión asimismo detenta la legitimidad -profesional, simbólica y política- del tratamiento, intervención, normas, mecanismos de control y parámetros de lo que constituye 'enfermedad' (Conrad, op. Cit.: 139).

Actualmente, en las sociedades industrializadas de occidente la atención obstétrica se encuentra configurada hegemónicamente por la biomedicina que caracteriza al nacimiento y a los procesos reproductivos como eventos médicos y que define además los límites entre normalidad y patología (Ginsburg y Rapp, 1991.; Blázquez Rodríguez, 2005).

Frente a este contexto fue recurrente en nuestro análisis del material campo y de fuentes documentales, la presentación del ideal de la obstétrica como una pieza clave aliada, guardiana y garante de la humanización y de los derechos y deseos de las mujeres: ideal construido por oposición a la definición del modelo de atención biomédico y en resistencia frente a la atención obstétrica “hipermedicalizada”:

“La partería, consiste en el acompañamiento y la asistencia que las parteras brindan tanto a la mujer como al producto de la concepción (y son) una figura íntegra y especial para el cuidado y la atención de las mujeres en edad reproductiva.” (Obstétrica trabajadora de hospital público. Mesa debate: La

obstétrica como educadora y docente. Encuentro Nacional de Obstétricas en CABA. 15-04-2014)

“Tenemos que estar en el cuidado del binomio madre-hijo, porque ahí está toda nuestra capacidad de guiar a la mujer en lo que elija: empoderarla y darle herramientas reales y comprobadas desde el conocimiento científico”. (Obstétrica trabajadora de un Hospital público. “Obstétricas/os/Doulas: ¿se conjugan?”. Congreso de Obstétricas en Mar del Plata. 15-03-2013)

“Depende muy especialmente de nosotras... (...) si el anesthesiólogo está durmiendo, vas y lo despertás y le decís ‘doctor, usted está de guardia’, porque sabés que lo necesitás porque tenés un asidero científico, pero si yo no me quiero ni defiando mi profesión no me voy a poder plantar ni con toda la evidencia que tengo ni con todas las capacitaciones, porque no le voy a poder decir a otro ‘esto es así’ o ‘esto me parece que no lo tenemos que hacer por esto y por esto’”. (Obstétrica de Hospital Público de alta complejidad en Neuquén. Registro Mesa Debate “La obstétrica, ¿empleada o profesional?”. Encuentro Nacional de Obstétricas en CABA. 15-04-2014)

“...el profesional médico, se recibe para curar, para ya pararse ante la enfermedad y curarla. (...) siempre está desde el lado donde ya está instalada la enfermedad. Nosotros en cambio, nunca entendimos como obstétricas que nuestro lugar era controlar a una mujer que es enferma, sino que es una mujer que está embarazada (...) porque normalmente uno ve al embarazo, a la mujer como en partes... la mujer con útero ocupado, por lo tanto un embarazo... si la mujer tiene un dolor de oídos, es ‘el embarazo’ y ‘el dolor de oídos’, cuando en realidad es una mujer que tiene dolor de oídos....” (Entrevista a obstétrica trabajadora de Hospital Público. Sede del COPBA. 05-09-2013)

“Antes de empoderar a las mujeres tenemos que empoderarnos nosotras, preguntémonos si queremos seguir siendo colaboradoras, preguntémonos quiénes somos como profesionales, después preguntémosle a los demás”. (Obstétrica referente del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires. Registro Mesa debate: “Cesárea a demanda: ¿un derecho o un desconocimiento?”. Congreso de Obstétricas en Mar del Plata. 15-03-2013)

En este sentido, retomamos dos nociones. Por un lado, la de 'partera posmoderna' propuesta por Davis-Floyd (2007) para caracterizar a obstétricas que trabajan en pos de garantizar las aptitudes específicas de la partería, que no se encuentran subsumidas por la medicina, sino que se centran en las mujeres y saben cómo subvertir el sistema biomédico al mismo tiempo

en que participen de un movimiento global para visibilizar y fortalecer la partería: “trabajan para construir organizaciones (...) y para generar políticas y legislaciones que apoyan a sus colegas y a las madres” (707).

Por el otro, la de 'empresarios morales', categoría instalada por Becker (1971) para hacer referencia a aquellos agentes que persiguen influenciar la opinión pública y los planes de acción política y legislación en pos de producir cambios o reformas en algún aspecto de la sociedad. En este sentido, Becker señala que aquellos que impulsan las reglas “emprenden cruzadas” y sostienen que “mientras las normas sigan estableciéndose de una forma que cree incorrectas, el mundo no podrá encontrarse bien” por lo que encaran luchas “por reemplazar lo que existe por aquello que considera moralmente correcto y por ende beneficioso para la comunidad” (10).

Retomando nuestro trabajo de campo, recuperamos una escena de campo del Acto Inaugural del Congreso de Obstétricas de 2013. Aquí, las parteras fueron caracterizadas como *'agentes centrales de cambio para el logro de una buena calidad en la atención obstétrica'*. Al respecto, la representante por Latinoamérica de la Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés) dijo:

“El lema de ICM es que 'hoy mas que nunca el mundo necesita de obstétricas porque salvan vidas'. Hay que fomentar el poder autónomo como las profesionales de la salud más adecuadas para atender a las mujeres fértiles y para ello, empoderar a las matronas en pos de su autonomía.”(Registro Acto inaugural. Congreso de Obstétricas en Mar del Plata. 14-03-2013)

Consideramos que desde espacios como las conferencias inaugurales de este tipo eventos, se busca generar apoyo y reconocimiento político. Sostenemos que, este reconocimiento político busca posicionar a las parteras como aliadas del cambio y el mejoramiento de las condiciones y resultados de la atención obstétrica. Tejiendo la cruzada por la autonomía profesional junto a beneficios para la salud de las mujeres y sus hijos. En este sentido recuperamos a Becker:

“El empresario que asume una cruzada moral intenta imponer su moral en los demás apelando a que los suyos son fines humanitarios: no se trata de que los demás vean que lo que él cree es lo correcto, sino que cree que si los demás

hacen aquello que él propone como correcto, se beneficiarán". (op. Cit.: 10)

Como hemos ido presentando, las obstétricas buscan conseguir legitimación para disputar su autonomía profesional apelando a una práctica técnica humanizadora y normalizadora como un conjunto de valores que -al menos discursivamente- intentan distanciarse de la hegemonía de la práctica y racionalidad de la Medicina. No obstante, también hemos rastreado que una de las cuestiones que también se remarca y fundamenta sus "buenas prácticas", responde a la capacidad de reconocer eventuales situaciones "de riesgo" o "patológicas" que requieran de la derivación hacia los saberes y prácticas de la biomedicina.

La definición acerca de lo que se construye alrededor del 'ser obstétrica' y su especificidad disciplinar se presentó en nuestras escenas de campo siempre constituida de manera relacional y en un escenario dinámico y diverso desde donde se disputa su ejercicio profesional frente a los saberes, definiciones y prácticas médicas de los que se manifiestan distantes, aunque no sin matices.

Al respecto, en algunas escenas de campo, pudimos relevar que algunas obstétricas señalaron cuestiones referidas a la construcción de un objeto disciplinar propio a partir de la posibilidad de reconocer la línea demarcatoria entre patología/normalidad-medicina/obstetricia:

"Ahora es como que todos los partos son patológicos, todos los recién nacidos necesitan que se los aspire, que se los agreda externamente, porque pareciera que si no se hace eso, no está bien. Y uno se crea esa cuestión. Es como que si se va con la mamá: 'nació, perfecto, vamos a llevarlo a la habitación, que vaya... y cuando mañana, si viene el pediatra, el neonatólogo, alguien lo ve...' y uno se queda mal, porque siente que no hizo las cosas bien, como que necesita que esté y lo vea. Por ahí lo ve y dice 'está todo perfecto' pero ya te quedás tranquila, porque lo vio el neonatólogo. Eso es de nosotros que hacemos que esto suceda, no hay otra cuestión, yo creo que el cambio lo hemos hecho nosotros, para mal, porque realmente esto no es bueno, es como retroceder todo lo que hasta ahora se había hecho. Lo que pasa es que uno tiene que reconocer los límites y saber realmente hasta dónde seguir y llamar a tiempo." (Entrevista a obstétrica trabajadora de Hospital Público. Sede del COPBA. 05-09-2013)

"La obstétrica es una, sabemos distinguir 'normal' de 'patológico', sabemos cuando debemos 'cambiar de telón', lo que nos sustenta es la formación académica." (Obstétrica trabajadora de Hospital Público. Registro Mesa redonda: "Parto Respetado: realidades en el Hospital Público, Instituciones Privadas y

Domicilios”. Congreso de Obstétricas en Mar del Plata. 14-03-2013)

“La libre decisión de la mujer sobre cómo y dónde parir es equivalente al riesgo, y es algo que no se debe correr. El parto debe ser respetado, pero protegido del riesgo.” (Obstétrica del público opinando luego de una actividad durante el Congreso. Mesa redonda: “Parto Respetado: realidades en el Hospital Público, Instituciones Privadas y Domicilios”. Congreso de Obstétricas en Mar del Plata. 14-03-2013)

“Actividad autónoma no es ‘hacer lo que yo quiero’, actividad autónoma es tener el poder de conocimiento y el poder de discernir qué es lo normal y qué es lo patológico, hasta dónde actúo y hasta dónde tengo que llamar y pedir la ayuda del equipo.” (Obstétrica referente del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires. Registro Mesa redonda: “Importancia de las instituciones que nuclean a la profesión Obstétrica: Participación y compromiso”. Congreso de Obstétricas en Mar del Plata. 16-03-2013)

¿Son las “aptitudes” intrínsecas y exclusivas de la partería? La “buena obstétrica”, la profesional “garante de los derechos y deseos de las mujeres”, la que se “opone a la excesiva medicalización”: ¿con qué valores disputa la exclusividad e idoneidad de la atención del embarazo, parto y puerperio “no patológicos”? ¿Puede una profesión constituirse 'autónoma' si su identidad y ejercicio profesional se encuentra constantemente con la potencial intervención de otra profesión?, ¿cómo se construye autonomía en esta encrucijada?, ¿se encuentra la obstetricia en condiciones de disputarla?

Si la empresa moral de la Medicina está orientada a la búsqueda y definición de enfermedad (Freidson, op. Cit.; Becker, op. Cit.) y a la creación de significados sociales de enfermedad donde no había previamente: ¿en qué consiste la empresa que persigue generar una alternativa al paradigma medicalizador que intenta posicionar a la obstétrica como la profesional más adecuada para la atención del embarazo, parto y puerperio bajo un paradigma *humanizador-normalizador*?

Reflexiones finales

Si bien la autonomía y el empoderamiento de la obstétrica parece estar estrechamente ligado con la construcción de un objeto propio, en los discursos rastreados, parte de la autonomía,

apareció ligada a la capacidad de determinación del momento en que debe acudir a la intervención de la biomedicina, desdibujando la alianza entre obstétricas y deseos y derechos de las mujeres que se erige como bandera de la cruzada por la humanización de la atención.

Mientras las obstétricas señalan la importancia de formarse y estar atentas a cualquier tipo de complicación para poder derivar oportunamente, la especificidad profesional que se presentaba políticamente, se encuentra empantanada entre las cualidades de *cuidado*, *atención*, *acompañamiento* y *respeto* y aquellas más ligadas a la capacidad para realizar una serie de controles clínicos para virar la atención hacia el control y la división *normalidad-patología*.

Ahora bien, ¿participan las obstétricas en la construcción de las categorías, valores y técnicas de diagnóstico? Requiere de un gran trabajo y no es sencillo construir posiciones opositoras a aquello que sustenta las formas y procesos hegemónicos, incluso cuando se intente desestabilizarlas (Ginsburg y Rapp, 1995). En este sentido, resulta complejo imaginar la posibilidad de que la disciplina obstétrica pueda lograr autonomía profesional y consolidarse en un saber específico mientras no pueda esbozarse una identidad como trabajadoras de la salud que pueda romper con la idea de que una de las características más salientes de su práctica y formación está relacionada con la búsqueda y reconocimiento de patologías para que eventualmente se pueda derivar a la mujer con algún evento obstétrico "riesgoso" a la profesión médica, única con dominio exclusivo para poder medicar y realizar cirugías (Camargo, 2005).

Finalmente dejamos como interrogante para seguir profundizando posteriormente: ¿quiénes definen la categoría de "riesgo"?, ¿bajo qué parámetros?, ¿con qué intereses y expectativas?

Bibliografía

Becker, Howard (1971). *Los extraños: sociología de la desviación*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.

Biehl, Joao (2011), Antropología no campo no campo da saúde global . *Horizontes Antropológicos*, 17 (35): 257-296, enero/junio.

Blazquez-Rodríguez, María Isabel (2005). Aproximación a la Antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Americana*, 42, 1-25.

Camargo Jr., Kenneth de (2005). A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 177–201.

Conrad, Peter (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp. 129-159). Barcelona: Crítica- Grijalbo.

Conrad, Peter; Schneider, Joseph (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Ohio: Merrill Publishing Company.

Davis-Floyd, Robbie (1994) The technocratic body: american childbirth as cultural expression. *Social Science and Medicine*, 38 (8), 1125-1140.

Davis-Floyd, Robbie (2007). Daughter of time: the postmodern midwife (part 1). *Revista de la Escuela de Enfermería de la USP*, 41(4), 705-710.

Freidson, Eliott (1978) *La Profesión Médica*, Península: Barcelona.

Ginsburg, Faye & Rapp, Rayna (1991). The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343.

Ginsburg, Faye & Rapp, Rayna (Eds.) (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.

McCallum, Cecilia, & Reis, Ana Paula Dos. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1483–1491.

Menéndez, Eduardo (1997). Holísticos y especializados: Los usos futuros de la antropología social. *Nueva Antropología*, 16, 9-33.

Morgan, Lynn M., & Roberts, Elizabeth (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241–254.

Organización Mundial de la Salud. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*, 2.

Schapira, Martha (2003). Dentistry in Argentina: The history of a subordinated profession. *Historia, ciencias, saude*, 10(3), 955-977.

Shore, Cris y Wright Susan (1997). *Anthropology of public policy: Critical perspectives on governance and power*. London: Routledge.

Tornquist, Carmen (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 419-427.