

Habitus profesional y ciudadanía:
hacia un estudio sociológico sobre
los conflictos entre el campo médico y
los derechos en salud reproductiva en
México¹

:: Roberto Castro

¹ Investigación financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), proyecto 83466. Un especial agradecimiento también a Lucía Ortiz, asistente de este proyecto, que ha realizado una admirable labor de búsqueda de información.

Introducción

Un artículo recientemente publicado en la revista *Salud Pública de México* da cuenta en términos estadísticos de las quejas médicas atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)² en el periodo 1996-2007 (Fajardo-Dolci et al, 2009). El artículo reporta que durante estos años la Conamed recibió 18,443 quejas, de las cuáles la más alta concentración (15%) corresponde a la especialidad de ginecología y obstetricia. El artículo asimismo consigna la extrañeza de los autores respecto al hecho de que sólo el 5% de las quejas provienen de usuarias de la Secretaría de Salud, siendo que esta institución atiende a un tercio de la población general, la de más bajos recursos de este país. Para explicar esta “baja demanda” de atención de quejas de la población que acude a los centros de salud de esta institución, los autores vagamente hacen referencia a “factores de tipo sociocultural *ya analizados en México*” (pp.124, cursivas nuestras). Para sustentar esta última afirmación, los autores refieren a otro trabajo donde se afirma que el escaso número de quejas de la población puede deberse a “la pobre cultura de la población para enfrentar a quienes tradicionalmente han sido figuras de poder, los médicos” (Valdés, Molina y Solís, 2001, p.453).

Tenemos así, expresada en un párrafo, toda una agenda de investigación que la salud pública y la biomedicina apenas pueden vislumbrar, pero que sólo puede ser planteada adecuadamente desde la perspectiva de las ciencias sociales. En efecto, la investigación convencional, como la citada más arriba, no acierta sino a constatar las estadísticas que dan cuenta de la existencia de un grave problema médico-social y de derechos, pero no logra sino quedarse en la orilla de una intuición más bien vaga y general que anticipa la importancia de los llamados “factores socioculturales”.

En este trabajo queremos presentar la fundamentación general y los primeros hallazgos de una investigación actualmente en curso en México, cuyo objetivo es identificar los orígenes sociales de la frecuente violación de derechos de las usuarias de los servicios públicos de salud reproductiva, que se ha venido registrando en las últimas décadas en este país. Nuestra investigación busca identificar las características estructurales (y estructurantes) centrales del *campo médico*, y del *habitus* profesional de los prestadores de servicios de salud, así como del *habitus* de las usuarias de esos servicios, con el fin de

2 Institución pública creada en Junio de 1996, con el fin de “contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios” (Diario Oficial de la Federación, 1996).

descubrir, en el terreno de las *lógicas-prácticas* que se ponen en juego en el espacio de la consulta médica, los factores que inhiben el desarrollo de una *cultura ciudadana* en salud, y facilitan la violación de diversos *derechos* de las usuarias de los servicios.

Tras presentar los antecedentes generales del problema, en la primera parte discutimos los conceptos de salud reproductiva y ciudadanía en salud, en tanto categorías centrales de nuestro análisis. Posteriormente introducimos los conceptos sociológicos que estructuran nuestra indagación: campo médico, *habitus* profesional y violación de derechos reproductivos en el espacio de la salud. En la tercera parte, entonces, planteamos el problema de investigación que nos ocupa específicamente, y delineamos el enfoque metodológico que estamos adoptando, en el marco de una línea general de indagación en la que hemos venido trabajando en los últimos años y que también mencionamos brevemente. La cuarta parte presenta algunos resultados preliminares de este proyecto. Mostramos ahí la génesis escolar de un *habitus* profesional autoritario que, es nuestra hipótesis, jugará un rol determinante en el problema de la violación de derechos de las mujeres, más adelante, durante los años de la práctica profesional. Finalmente, el trabajo concluye enfatizando el carácter preliminar de nuestros hallazgos y la necesidad de continuar con esta investigación, capitalizando la información que hemos acumulado en proyectos previos y manteniendo la perspectiva sociológica y de derechos humanos que nos ha guiado hasta ahora.

Antecedentes

Desde hace varios años se han acumulado diversas denuncias que señalan que en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres. Si bien la investigación sobre esta materia se inició desde la década de los ochentas (Bronfman y Castro, 1989), es el discurso de los derechos humanos y el activismo de las diversas organizaciones feministas lo que ha permitido posicionar centralmente en la agenda política esta cuestión. En el ámbito internacional, por citar sólo un ejemplo de particular relevancia, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer documentó la existencia de diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú (CLADEM, 1998) así como la ejecución de un programa de Estado para la imposición de la anticoncepción quirúrgica entre los sectores más vulnerables y desprotegidos de esa población (CLADEM, 1999).

En el caso de México también desde hace varios años se ha acumulado conocimiento sobre la existencia de este tipo de abusos. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha emitido más de 100 recomendaciones sobre esta materia en los últimos años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios para las que se comprobó la violación de sus derechos humanos y/o de salud.³ Nuestra propia investigación nos ha llevado a identificar algunos de los mecanismos interaccionales (entre prestadores de servicios y usuarias), así como institucionales, que se ubican en el origen de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto (Castro y Erviti 2002, 2003 y 2004). En otras ocasiones se ha tratado bien de investigaciones oficiales, como la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (CONAPO, 1995) o la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (IMSS, 1998), cuyos datos sobre problemas de violación de derechos reproductivos han trascendido; bien de informes de investigación académica (Figuroa, 1990); o bien de denuncias individuales que publican diversos medios de prensa, ya sea porque las afectadas logran hacer llegar su caso a estos medios, o porque se trata de demandas que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres⁴.

Derechos reproductivos y ciudadanía en salud

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación a los diversos aspectos de la reproducción. El gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en la visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los *derechos humanos*. Así, el concepto de salud reproductiva incluye el derecho a la salud sexual, que a su vez incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura, y sin riesgos. Incluye también el derecho al acceso informado a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a *acceder a servicios de salud adecuados* que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos (Cook, Dickens y Fathalla 2003).

3 Rastreo hecho por el autor en la página de la CNDH (<http://www.cndh.org.mx>), así como en las Comisiones Estatales de Derechos Humanos.

4 Un rastreo por internet en tres periódicos nacionales (El Universal, Milenio, y La Jornada) nos llevó a identificar 115 notas periodísticas sobre este tipo de abusos, en esta década.

Desde la perspectiva de los *derechos humanos*, la aplicación operativa de la definición de salud reproductiva exige cambios en la concepción y planeación de los servicios de salud, en la promoción de modos de vida sanos y en las respuestas a las exigencias para mejorarla (Langer, 1999). Además requiere que los servicios de salud consideren la *calidad de la atención* que prestan como uno de los elementos principales, así como la adopción de un enfoque integral en la prestación de los servicios de salud reproductiva (OPS, 1998). Pero sobretodo requiere de investigación que permita conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan la *práctica* profesional de los prestadores de servicios en materias como la sexualidad, la salud y lo derechos reproductivos, la maternidad y el proceso obstétrico, particularmente en condiciones críticas como las urgencias obstétricas. Sostenemos que un conocimiento de esta naturaleza nos ayudaría a identificar mejor los principales determinantes del maltrato y de la violación de derechos de las mujeres que se registran en este contexto, así como las condiciones que obstaculizan el pleno desarrollo de la agenda de la salud reproductiva en el espacio de la salud.

El concepto de *ciudadanía* es central para realizar investigación sociológica entorno a derechos en salud. Se refiere a la condición de los individuos que, en razón de su pertenencia a una comunidad política determinada, poseen ciertos derechos que deben y/o pueden ejercer, y ciertas obligaciones que deben cumplir, con la finalidad de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen (Hindes, 2002). El concepto deriva de Marshall (1950), que propuso distinguir tres dimensiones: la civil, la política y la social. Esta última es la que incluye, entre otros, el derecho a acceder a los servicios de salud y de ser atendido en ellos con plena autonomía y dignidad.⁵

La investigación sobre ciudadanía debe diferenciar entre las cuestiones normativas (esto es, *lo que deben ser* los ciudadanos, lo que se postula desde los documentos oficiales y regulatorios) y *lo que en realidad son* a partir de las condiciones materiales que enmarcan su existencia. Debe también distinguir las variaciones en la apropiación subjetiva de los derechos y de la posibilidad de hacerlos valer, pues tales diferencias se anclan en las desigualdades de género, de clase y de etnia, por mencionar sólo a algunas (Stasiulis y Bakan 1997; Harrison, 1991).

5 Siguiendo la tipología de Turner (1990), cabría diferenciar dos tipos de ciudadanía, según su origen: la *pasiva*, que es básicamente otorgada por el Estado, esto es, que va de arriba (los poderes del estado) hacia abajo (los integrantes de la sociedad); y la *activa*, que es básicamente conquistada por los individuos, esto es, que va de abajo hacia arriba.

En esta investigación resulta crucial la noción de *ciudadanía* en su aplicación a la salud reproductiva, tanto del lado de los profesionales que la atienden como de las usuarias de dichos servicios. La ciudadanía se refiere a la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente. En el caso de los prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.), los derechos y las condiciones laborales constituyen un punto medular de su práctica. En el caso de las usuarias, la *ciudadanía reproductiva* se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos, por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo.

A partir de lo que hemos encontrado en investigaciones precedentes, sabemos que muchas mujeres que sufren maltrato durante la atención institucional de su embarazo y parto, *optan* por no protestar y asumen como culpa suya el maltrato recibido por haberse “portado mal”, por no haber reprimido suficientemente sus expresiones de dolor, por haber exasperado a los médicos (Castro y Erviti, 2002).

En países como México, de más está insistir, amplias capas de la población permanecen alejadas de un auténtico desarrollo de la ciudadanía en tanto condición subjetiva, personal, esto es, en tanto capacidad efectiva de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos⁶. Al mismo tiempo, sin embargo, los documentos de la Organización Mundial de la Salud que postulan a la salud reproductiva como un derecho implican un tipo de ciudadanía universal y homogénea. Si bien se reconoce la existencia de países con muy diversos grados de desarrollo económico y social, la apuesta en estos documentos es incentivar al conjunto de las naciones a avanzar hacia un estándar universal de derechos (OMS, 2004). Existen numerosas recomendaciones acerca de las leyes que deben impulsarse y la normatividad que debe adoptarse para avanzar hacia esa meta. Pero lo que no existe aún son investigaciones que indaguen sobre las condiciones materiales, culturales, e ideológicas que dificultan el cambio real, progresivo, de los individuos de una condición de meros objetos de atención médica (o pacientes), a otra de *ciudadanos*.

6 Las teorías de Marshall, Harrison, Turner y otros suponen un ciudadano universal, indiferenciado por género, que en realidad no existe. Las mujeres han sido excluidas de los procesos de ciudadanía, y ahí donde han alcanzado un estatus sólido de ciudadanas lo han hecho más tarde que los hombres y sólo después de largas luchas políticas (movimiento de mujeres). El acceso a la ciudadanía es un proceso altamente estructurado por género y etnicidad, además de clase social. Por tanto, el desarrollo de la ciudadanía social implica una honda transformación tanto de las relaciones de género como de las relaciones de clase y etnia (Walby 1994).

Una muy importante raíz de esta carencia es la apropiación que ha hecho el campo médico de este problema. Bien se trate de formas *menores* de maltrato, o bien se trate de claras violaciones de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud, estamos frente a lo que el discurso médico hegemónico refiere como un mero problema de “calidad de la atención”, en una de sus variantes. Pero sería ingenuo, a los efectos de esta investigación, adoptar esa perspectiva *gerencial* e imaginar que sus soluciones se refieren a cuestiones meramente técnicas y de suficiencia de recursos.

Por el contrario, la vía adecuada para hacer del maltrato a las mujeres en los servicios de salud reproductiva y de los atropellos que ellas sufren con frecuencia en ese espacio, materia de estudio sociológico, consiste en construir el objeto desde la perspectiva de los derechos en salud. Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto *ciudadanas*, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construir las como *pacientes*, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como beneficiarias *pasivas* de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas. Ver las cosas desde la perspectiva de los derechos implica abrir la ruta para mirar a los prestadores de servicios no nada más como profesionales que, en la medida de sus posibilidades, cumplen con un determinado estándar de calidad, sino también como agentes sociales comprometidos *activamente* (si bien, casi nunca concientemente) en el sostenimiento de un orden –el orden médico– que, a veces muy a su pesar, se estructura sobre la base de un conjunto de prácticas de poder que los victimiza en primer lugar a ellos mismos –los años de formación, el internado, la residencia médica, son prueba de ello– y que apuntan exactamente en sentido opuesto a lo que implica la noción de *derechos* (Erviti, Castro y Sosa, 2006).

***Campo* médico, *habitus* profesional y violación de derechos reproductivos**

En términos sociológicos un *campo* “puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Bourdieu y Wacquant, 2005:150). Tales posiciones pueden identificarse materialmente, así como clasificarse en función de las relaciones que guardan entre sí (de dominación, subordinación, homología, etc.). Al mismo tiempo, es posible rastrear las determinaciones que las posiciones imponen a los actores o agentes que forman dicho campo. El *campo médico*, entonces, está constituido por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y regla-

mentos, la *cuestión sanitaria* de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; y, desde luego, por los y las usuarias de dichos servicios.

El *campo médico* presenta una paradoja crucial: por una parte, las instituciones públicas de salud son un *espacio de ejercicio de la ciudadanía*, en tanto que constituye un derecho social el acceso a ellas; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura *disciplinaria* diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la *obediencia* y la *conformidad* de las usuarias con los dictados del poder médico. El funcionamiento de los hospitales y de los servicios de salud en general está pensado bajo una lógica médico-administrativa altamente racional. Por ello, desde el ingreso a la institución de una mujer a punto de parir o de una mujer que busca acceso a métodos de anticoncepción, se realizan una serie de prácticas tendientes a garantizar la funcionalidad institucional. Dichas rutinas, sin embargo, no siempre son percibidas por las mujeres como prácticas concordantes con las necesidades de atención y seguridad que requieren (Stevenson, 2004; Campero et.al., 1998; Galante, 1996). El círculo paradójico se cierra: a los hospitales públicos las mujeres acceden en su calidad de ciudadanas⁷, porque es su derecho. La atención que ahí reciben, sin embargo, es vivida en términos despersonalizantes y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (i.e. trato de ciudadana y no de paciente) se ve reducida al mínimo o eliminada.

Se trata entonces de *dos lógicas-prácticas diferentes*:⁸ la de las mujeres en proceso de parto o que buscan servicios de salud reproductiva y la de los prestadores de servicios de salud. Cada una de ellas se expresa en *prácticas* específicas cuya problemática coexistencia⁹ se sitúa en el origen de la producción y reproducción de muchas formas de maltrato y abuso que el

7 Si bien no sabemos con qué grado de asunción real de sus derechos acuden a los servicios. También podría ocurrir que acudan a los servicios no porque sepan que es su derecho, sino pensando que es una dádiva que les dispensa el Estado.

8 Bourdieu advierte sobre la necesidad de guardarse de buscar en las producciones del *habitus* más lógica de la que hay en él: "la lógica de la práctica es ser lógica hasta el punto donde ser lógico cesaría de ser práctico" (Bourdieu, 1996, p.86).

9 Ya sea que coincidan (como en el caso de pacientes que se someten plenamente al personal de salud) o que colisionen (como en el caso de pacientes "difíciles" que quieren ver sus opiniones tomadas en cuenta).

establishment médico suele etiquetar como *problemas de calidad*, pero que desde la perspectiva ciudadana pueden denominarse *violaciones de derechos sexuales, reproductivos y de salud* de las usuarias. Lo que queremos decir es que la “mala calidad” de la atención que el orden médico ve en los casos de abuso y maltrato, ciertamente puede estar vinculada de origen a deficiencias en las competencias técnicas y a omisiones o errores de juicio médico, pero no se agota sólo en ello.

En efecto, lo que está en juego en el campo médico es el predominio de un grupo –la profesión médica– sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer los esquemas dominantes de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación y evaluación de los diversos actores del campo. Hace varias décadas Freidson demostró que el rasgo central de una profesión es su autonomía, es decir, la capacidad de delimitar por sí misma su propio saber, así como su ámbito de intervención (Freidson, 1970). Al poseer el control sobre su propia materia de conocimiento¹⁰ –en permanente expansión– el campo médico ha dictado también los términos en que cabe estudiar los problemas de la “calidad de la atención”. Esto es, la manera en que se ha definido el estudio de los problemas de calidad de la atención es un efecto directo de la estructura de poder y del funcionamiento del campo médico. De ahí el silencio que se ha guardado desde esta perspectiva sobre la cuestión de los derechos en salud y sobre la violación de los mismos en las instituciones. Así se explica que casi la totalidad de la investigación sobre este problema sea de carácter médico-gerencial o de salud pública; que se haya centrado ante todo en los aspectos meramente interaccionales entre médicos y pacientes y en las cuestiones de abasto de recursos y de medicamentos; y que se haya excluido de la mirada al menos cuatro cuestiones centrales desde la perspectiva de la sociología, estrechamente entrelazadas entre sí:

- a) la manera en que se forma a los médicos en las universidades y en los hospitales de enseñanza;
- b) la estructura rígidamente jerarquizada del campo médico;
- c) las condiciones de trabajo en las grandes instituciones de salud, y
- d) el impacto de estas cuestiones en el desarrollo del *hábitus* médico.

¹⁰ Aunque no necesariamente tenga el control sobre sus *condiciones* de trabajo. A este respecto es muy ilustrativo el largo debate de las décadas pasadas y ésta, sostenido entre diversos autores y el propio Freidson, entre otros muchos, sobre la ruta que ha seguido la profesión médica, y el esfuerzo por dilucidar si lo que ha enfrentado es ante todo un proceso de *desprofesionalización* o de *proletarianización*.

Este conveniente silencio ha permitido reducir el problema de la violación de derechos en el espacio de la salud a un mero problema de calidad de la atención, por ende monitoreable a través de indicadores simples –de estructura, proceso y resultado, según enseñó Donabedian (1988)– y con “soluciones” basadas ante todo en la *ética*, la buena voluntad y la cooperación de los médicos; en el incremento de los recursos y, en todo caso, en la capacitación para la amabilidad en el trato con los usuarios (tal como se propuso la Cruzada por la Calidad, impulsada por la Secretaría de Salud a nivel federal en México, hace pocos años). No sorprende, por tanto, el reiterado fracaso de las múltiples iniciativas y programas de mejoramiento de la calidad, tal como se evidencia en las numerosas demandas penales y quejas por mala práctica médica, así como en diversos estudios sobre esta materia.

El *hábitus médico* es el conjunto de predisposiciones *incorporadas* –esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales– que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano. El *hábitus* es la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquellas (Bourdieu, 1991). El principio de la acción social, dice Bourdieu (1999), estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: entre la historia hecha cuerpo en forma de *hábitus*, y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del campo médico. Para explorar las vastas implicaciones de esta formulación debemos preguntarnos: dado que los prestadores de servicios de salud,

- han incorporado en forma de *hábitus* las relaciones de poder del campo médico;
- poseen una “actitud natural” ante el mundo, en términos de Husserl (1988), que es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación, y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo;
- y enfrentan múltiples presiones laborales para atender una numerosa consulta con escasos recursos,

¿en qué medida es posible para ellos establecer relaciones *ciudadanas* con las usuarias de servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, en la rendición de cuentas, en el trato igualitario?

Es éste un cuestionamiento que no ha sido formulado así por los estudios convencionales de “calidad de la atención” –salvo tibias alusiones a las arduas condiciones de trabajo de los médicos en las grandes instituciones públicas de salud– porque la investigación en esta materia está atrapada por –es producto de– la lógica del propio campo médico. Sólo rompiendo esa atadura, sólo objetivando a la violación de derechos de las usuarias de servicios de salud reproductiva como un problema cuya génesis debe buscarse también fuera de lo que ocurre dentro del consultorio; sólo concibiendo a estos “problemas de calidad” como un *epifenómeno* del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el *hábitus* de los médicos y de las usuarias de los servicios, sólo en esa medida será posible hacer una investigación auténticamente científica, desde la perspectiva de la sociología, en esta materia.

Que la calidad de la atención no es un problema meramente gerencial, técnico y de disponibilidad de recursos, quedó demostrado desde hace varios años, con el desarrollo de investigaciones sobre esta materia con perspectiva de género. Matamala (1995) y otras autoras argumentaron que los estudios que se centran en la caracterización de la estructura, el proceso y los resultados –sin menoscabo de la utilidad de esa información– sólo fortalecen al modelo biomédico. Y, junto con otras autoras, abrieron la investigación en esta materia *del lado de las usuarias* (Casas, Dides e Isla, 2002). Los recientes estudios sobre consentimiento informado, y sobre los sesgos de género presentes en los encuentros médico-paciente, hicieron contribuciones muy importantes para la objetivación sociológica del problema. Esos estudios fueron decisivos para incorporar la cuestión de la ciudadanía y los derechos reproductivos y de salud de las mujeres, así como para mostrar la existencia de determinantes de género en la formación de los médicos. Pero incluso esas investigaciones omitieron abrir la caja de Pandora *hacia el otro lado*: no del lado de las usuarias de los servicios, sino del lado de los prestadores de los servicios. Es decir, omitieron problematizar las cuestiones de la violación de derechos de las usuarias a modo de poner en el centro de la mirada a la *fábrica social* de los médicos y de las instituciones de salud, para poder explorar desde ahí las determinaciones más profundas, invisibles en tanto estructurantes del campo médico e incorporadas en forma de *hábitus* de sus agentes (Castro, 2008).

El problema y el método

Si bien la acción legal en torno a los casos de violación de derechos de las mujeres en las instituciones de salud es indispensable para combatir la cultu-

ra de la impunidad y el encubrimiento existente en algunos ámbitos, y para alcanzar una verdadera equidad de género en ese marco, sostenemos que ese tipo de medidas no bastan por sí mismas para cambiar las cosas. También es necesario el estudio sociológico de los mecanismos que hacen posible los *desencuentros* que mencionamos más arriba entre prestadores de servicios de salud y usuarias, en el marco de los servicios de salud reproductiva. Más aún, una acción verdaderamente *preventiva* tendría que estar orientada a identificar aquellas condiciones y aquellos conflictos asociados a la deficiente oportunidad y calidad de la atención que *anteceden* a la violación de derechos propiamente dicha, pero que constituyen un paso en esa dirección. Es necesario explorar qué *esquemas de percepción y apreciación* ponen en juego los prestadores de servicios de salud en cada encuentro con las usuarias y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios o campo médico (médicos de primer y segundo nivel; médicos generales y médicos especialistas; paramédicos y enfermeras, trabajadoras sociales, etc.); qué patrones de interacción, y qué estrategias de comunicación y sometimiento se activan en ese nivel *micro* de realidad; qué *lógicas-prácticas* funcionan en la cotidianidad de los servicios que, al mismo tiempo que pueden pasar casi inadvertidas (debido a su carácter rutinario), juegan un papel central en la generación de las condiciones de posibilidad que desembocan en ese fenómeno social que llamamos *violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud*¹¹.

Del planteamiento anterior se desprende una vasta línea de investigación que debe explorar simultáneamente las características básicas del *campo médico* en nuestro país, así como el *habitus* de sus principales agentes. Ello con el fin de documentar y acreditar el papel que juega el encuentro de esas dos formas de lo social en la producción de las diversas formas de *violación de los derechos* de las mujeres en el espacio de la salud.

La hipótesis de trabajo es que la violación de derechos reproductivos, bien durante la atención del parto, bien en el marco de los servicios de salud reproductiva en general (con el concomitante problema de “calidad de la atención” que se le asocia, pero que no es lo mismo) es fundamentalmente un efecto de la estructura de poder del *campo médico* y de la *lógica-práctica* que caracteriza el *habitus* de los prestadores de servicios. La cuestión, desde

¹¹ Este proyecto representa la continuación de una línea de investigación que hemos venido impulsando en los últimos años en este campo. Es posible clasificar en dos grandes áreas los avances que hemos completado hasta ahora, y cuyos resultados han servido de punto de partida para esta nueva investigación: a) los estudios sobre percepciones y prácticas de parte del personal médico en los servicios de gineco-obstetricia (Castro y Erviti, 2002 y 2003; Erviti, Castro y Sosa, 2006; Bronfman y Castro, 1989; Castro y Erviti, 2004; Erviti, Sosa y Castro, 2007). Y b) los estudios sobre percepciones y apropiación de derechos de parte de las mujeres (Erviti, Castro y Collado, 2004).

luego, es dilucidar de manera sistemática y científica la forma en que ambas problemáticas están ligadas.

En este capítulo sólo podemos esbozar los primeros hallazgos que hemos obtenido al explorar la génesis social del *habitus* médico en los años de formación universitaria y hospitalaria.¹² Buscamos identificar en el currículum oculto (que se aprende en forma paralela al currículum oficial), el conjunto de reglas, conminaciones, valores entendidos, estrategias de adaptación, interiorizaciones y prácticas, que dan lugar a la suma de predisposiciones autoritarias que, como médicos, aprenderán eventualmente a desplegar para imponerse sobre las usuarias de los servicios (Apple, 1986, 1987). Y que, ya en funcionamiento, se reflejará como una predisposición que, al entrar en contacto con una estructura propicia del campo médico, redundará en una mayor probabilidad o riesgo de vulnerar los derechos de las mujeres.¹³ Retomando a Pierre Bourdieu, sostenemos que un análisis sociológico de la educación que reciben los médicos nos lleva, de hecho, “a la comprensión de los ‘mecanismos’ responsables de la reproducción de las estructuras sociales y de la reproducción de las estructuras mentales que, por estar genética y estructuralmente ligadas a aquellas estructuras objetivas, favorecen el *desconocimiento* de su verdad y, por tanto, el reconocimiento de su legitimidad” (Bourdieu, 1989:5, itálicas añadidas).

Los resultados que siguen se basan en un muy somero primer análisis de 11 grupos focales con médicos¹⁴, de tres estados de la república, en diferentes niveles de formación: residentes, especialistas jóvenes (de menos de 45 años de edad) y especialistas de más de 45 años de edad, todos de las áreas de gineco-obstetricia y medicina familiar. En total son más de 100 médicos los que han participado en estos grupos.

12 Como hemos señalado, la investigación en su conjunto explorará también el *habitus* de las usuarias, así como la estructura del campo médico en su conjunto. Nos apoyamos, además, en el análisis estadístico y de contenido de las denuncias de mala práctica médica presentadas ante la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, y la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, entre otras.

13 En otros trabajos mostraremos a dicho *habitus* en funcionamiento, propiamente. Aquí sólo queremos dar cuenta de la génesis escolar del mismo, de algunos de los aprendizajes e interiorizaciones cruciales de los años de formación, que serán determinantes para ser médico o médica de la forma en que se suele ser en nuestro contexto.

14 Estos 11 grupos focales corresponden a un primer año de trabajo de campo. Durante el segundo año (en curso) realizaremos seis grupos focales más en otros estados de la república, y aún durante el tercer año buscaremos realizar otros seis.

Primeros hallazgos

Los preguntas abordadas en la discusión en los grupos focales abarcan un amplio espectro de temas, que van desde los motivos para haber estudiado medicina (cuyo análisis permitirá discernir la naturaleza social de la *vocación*) hasta las características de la práctica profesional cotidiana.¹⁵ Sin embargo, en lo que sigue nos centraremos únicamente en los hallazgos relativos a los años de formación.

Al respecto cabe señalar cuatro dimensiones que han surgido hasta el momento y en las que, por la consistencia de los testimonios a lo largo de los grupos, se puede identificar la existencia de un programa paralelo de aprendizaje, de un currículum oculto, no menos importante que el currículum propiamente académico u oficial que deben cubrir los estudiantes de medicina. La primera se refiere a los aprendizajes sobre la *imagen* personal que el estudiante debe proyectar sobre los demás. Desde los comienzos en la facultad, los futuros médicos aprenden que es esencial vestir siempre de blanco, impecablemente, sin ninguna mancha evidente, pues esto último es fácilmente motivo de censura por parte de los profesores. Deben asimismo usar ropa bien planchada pues las arrugas sobre la misma serán también motivo de regaños y castigos. Se trata de un trabajo institucional de construcción de una nueva identidad, la del médico, que comienza desde el primer semestre de la carrera bajo el deber de *aparentar* que se es médico¹⁶. Los largos años de formación permitirán hacer la transición de la apariencia a la plena asunción de la identidad, pero es preciso comenzar con lo primero tempranamente. La admonición de un profesor, tal como la recordó uno de los participantes, resume cabalmente el mandato contenido en estas reglas: “de aquí en adelante ustedes ya son distintos. Ya no eres cualquier cosa, ya deberías comportarte distinto porque traes el uniforme blanco y eso te diferencia de la gente”.

15 Los grupos focales que estamos realizando con médicos exploran temas como sus experiencias en los años de formación en la facultad y como especialistas; su exposición al currículum no oficial de la carrera de medicina; los aprendizajes en torno a los valores entendidos, las jerarquías, los secretos profesionales dentro de la profesión; sus años como residentes y su elaboración acerca de las experiencias duras que debieron vivir en el contexto hospitalario a manos de otros colegas o de sus superiores; su historia laboral como prestadores de servicios de salud; su experiencia como gineco-obstetras; y sus percepciones sobre diversos temas sobre las mujeres que atienden: su origen, su condición social, sus embarazos y partos; “el deber ser” de las mujeres durante el embarazo (en particular durante el embarazo de alto riesgo), en salas de parto, y durante el puerperio: lo que es “bueno” y “conveniente” para ellas; sobre las condiciones materiales y organizativas de su trabajo hospitalario; sus percepciones y experiencias sobre su interacción con los diferentes niveles de la jerarquía médica; sobre sus derechos y condiciones laborales; sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y sobre la posibilidad de cambiar o mejorar la práctica diaria.

16 Los interaccionistas simbólicos mostraron la importancia de trabajar sobre las apariencias externas como un recurso que ayuda a transformar la identidad en la dirección deseada. Ver, por ejemplo, Goffman, 1989.

La construcción de la nueva identidad se finca lo mismo en procesos de *diferenciación* que de *identificación* social. Ejemplo de lo primero es el hecho de que los alumnos varones aprenden que no está permitido el uso de aretes ni el pelo largo, pues tales rasgos “relajan la disciplina del grupo”. Ejemplo de lo segundo es la frecuencia con que, desde los inicios de la carrera, los alumnos reciben trato de “doctor” o “doctora” por parte de sus profesores. Se trata de prácticas constituyentes de una identidad que trabaja activamente para refrendar esa imagen que exalta la ideología médica de un profesional claramente identificado con cierto tipo de masculinidad o feminidad, que a su vez son íconos de un conjunto de valores tradicionales que hacen “respetable” a quien los exhibe y le confieren autoridad.

Pero la promesa de autoridad contenida en esa imagen idealizada llegará sólo al cabo de un largo proceso de formación. Para ello, es preciso sobrevivir a una segunda dimensión importante de aprendizaje, que se refiere al papel de *los castigos y el disciplinamiento corporal* en la formación del médico. Desde los primeros semestres de la carrera, los estudiantes de medicina aprenden la centralidad del castigo como recurso didáctico mediante el cual se les forma. En particular, es en los años del internado y la residencia que el castigo es usado como un vehículo para la trasmisión de conocimientos. Hay un sinnúmero de faltas, omisiones, carencias técnicas y equivocaciones, normales en la práctica de un aprendiz, que los superiores detectan en los internos y residentes, que éstos no necesariamente estaban en condiciones de evitar (pues no habían recibido la instrucción correspondiente y no se suponía que conocieran el correcto proceder), y que son corregidas a través de castigos. No es que los castigos se apliquen únicamente ante la reiteración de una falla: se usan en primer lugar como recurso didáctico, como forma de transmisión del conocimiento. Pero, obviamente, sirven al mismo tiempo como recurso de disciplinamiento y de afianzamiento de una jerarquía. Durante los grupos focales hemos recolectado decenas de descripciones de situaciones en las que los participantes recibieron un castigo. Lo más revelador es que en varias ocasiones los participantes señalaron que no había habido ninguna falta, por mínima que fuera, que pudiera explicar el origen del castigo. ¿Por qué se les castigaba entonces? La respuesta de uno de los participantes lo resume con claridad: “era marca personal, porque el otro quería marcar su jerarquía. Y sin derecho a réplica porque te duplican el castigo”.

Los castigos más típicos, ya en los años del internado y la residencia, son la prolongación de las guardias, que últimamente, ante la prohibición de imponer guardias de castigo, se llaman eufemísticamente “guardias complementarias”. Son jornadas de trabajo extenuantes que se extienden por varios días,

que se traducen en un enorme desgaste físico y emocional de los castigados. Otras sanciones frecuentes son la obligación de investigar sobre la materia en que se cometió el error y presentar un artículo al respecto en un breve lapso (sacrificando horas de descanso); la desacreditación frente a los pacientes y los pares; la obligación de repetir el llenado del expediente de los pacientes, y muchas otras más.

A través de la dinámica de los castigos, el orden médico se revela nítidamente a quienes desean ser parte de él: se aprende, por una parte, que hay jerarquías, superiores, que pueden en todo momento remarcar su condición de tales. Y por otra, se aprende que no es posible sustraerse a esta forma de proceder, no digamos, por supuesto, tratando de desafiar a un superior, sino incluso cuando se aspira a no replicar el maltrato que se ha sufrido en carne propia sobre los residentes que están a cargo de uno. La obligación de castigar a los de menor rango se impone, a veces, porque de no hacerlo los médicos de mayor rango castigarán a quien se negó a castigar. Pero a veces los propios agentes desconocen porqué ahora actúan de la misma manera que antes detestaron en sus superiores. Como señaló uno de los participantes: “yo criticaba a los R3 y ahora estoy haciendo lo mismo... esas son cosas que pasan por alguna razón, y a lo mejor lo estamos haciendo por inercia o de manera inconsciente...”.

Claramente asociado al tema precedente, la tercera dimensión de aprendizaje que queremos destacar aquí se refiere al orden de las *jerarquías* dentro de la profesión. El campo médico, como el militar, está rígidamente organizado en líneas de mando y compuesto por agentes de diferente *rango*. La centralidad de tales jerarquías se aprende no sólo mediante la dinámica de los castigos antes descrita, sino a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días de estudiante en la facultad. Junto al cúmulo de testimonios de agradecimiento que los participantes expresan hacia muchos de sus mentores, también abundan los testimonios acerca de maestros en la universidad que sistemáticamente humillaban o descalificaban a los estudiantes en clase (“Los mismos que te van formando te empiezan a desalentar en los primeros semestres”).

La cuestión es aún mucho más evidente durante los años de la residencia médica. Ahí los médicos en formación aprenden que un residente del primer año (R1) sólo está autorizado a hablar con su inmediato superior, el residente de segundo año (R2), pero de ninguna manera con un R3 o R4 (aún cuando se trate de también de médicos en formación casi de la misma edad). El R1 se dirige al R2 como “doctor”, lo mismo que el R2 al R3. Pero este último debe

dirigirse al R4 y a los superiores de éste como “maestro”. Y, naturalmente, el trato hacia los superiores es siempre hablando de usted, jamás tuteándolos.

Por otro lado, es bien conocida la formación que deben adoptar los médicos cuando se pasa la visita a los pacientes: “primero va el maestro, luego el doctor, después los residentes 4, 3, 2 y 1 y al último el interno y detrás el estudiante.” Lo que indica que el orden de las jerarquías se despliega incluso visualmente, y que su importancia en el campo médico se internaliza gradualmente, día tras día, a fuerza de socializar dentro de la estructura hospitalaria, bajo las reglas de comportamiento y de etiqueta que ahí operan. Un ejemplo paradigmático del valor simbólico de esta jerarquización del campo, y de sus efectos, se resume en la siguiente descripción contada por uno de los participantes en un grupo focal: “un estudiante llega temprano a clase... se llena el salón. Al final llega un R3: paran al estudiante”.

No sorprende entonces que al referirse al duro trabajo que deben realizar los internos y los residentes del primer año, varios residentes de segundo y tercer año hayan explicado las cosas con una simple sentencia: “En el hospital hay roles. Hay peones”.

Las dos últimas dimensiones mencionadas, la del disciplinamiento sistemático y la de las jerarquías, adquieren una realidad particularmente acuciante cuando se les mira desde una perspectiva de género. O dicho en otras palabras: la cuarta dimensión que conviene enfatizar aquí se refiere al *disciplinamiento de género* que está vigente en el campo médico a lo largo de toda la carrera profesional.

Desde los primeros años en la facultad, suelen presentarse agresiones contra las mujeres, que éstas deben superar si de verdad aspiran a convertirse en médicas. Abundan los ejemplos: el del profesor que al entrar a clase les preguntaba a las mujeres qué estaban haciendo ahí, si deberían estar vendiendo verdura en el mercado; el de aquel otro que mandaba a las mujeres a sentarse en la parte posterior del salón, y sólo permitía que se sentaran al frente a aquellas que estuvieran dispuestas a “enseñar pierna”; la de aquella que, gracias a sus altas calificaciones, había ganado ya la exención de un examen, cuando fue obligada a pasar al frente del salón para que el maestro pudiera “admirar su figura”. Al negarse a hacerlo, fue obligada a presentar examen.

El hostigamiento hacia las mujeres no necesariamente disminuye cuando termina la licenciatura y se accede a los años de especialidad. Además de la obligación que se impone a muchas de ellas de presentar pruebas de no-

embarazo antes de comenzar, hay testimonios acerca de médicos-docentes que tratan de desalentar a las mujeres que quieren hacer una especialidad: “mejor ponga un consultorio de medicina general al lado de su casa para que pueda atender a su esposo y a sus hijos”. También hay evidencias de que ciertas especialidades, como cirugía y urología, entre otras, están material y simbólicamente cerradas para las mujeres. Tal exclusión se logra mediante prácticas concretas de hostigamiento sistemático a aquellas mujeres que intenten cursar alguna de estas especialidades.

A todo lo anterior se suma la colaboración de los y las usuarias de los servicios de salud. Las residentes y especialistas participantes reportan que en general el público suele referirse a ellas como “señoritas” (y rara vez como “doctora”), mientras que, por el contrario, cualquier personal masculino, incluyendo los enfermeros y los camilleros, suelen recibir el trato de “doctor”.

Conclusión

La génesis del *habitus* médico que opera en los servicios de salud reproductiva puede rastrearse desde los primeros años de formación universitaria, pasando por los años del internado y los de especialización. En este trabajo apenas hemos planteado el enfoque general de nuestra investigación, y hemos esbozado los primeros hallazgos en el estudio de dicho *habitus*.

Hemos identificado, por lo pronto, cuatro dimensiones centrales del currículum no oficial que deben aprender e interiorizar los estudiantes de medicina y los médicos que están haciendo su especialidad en gineco-obstetricia o medicina familiar. Tales dimensiones se refieren al cultivo de una imagen, al papel de los castigos y el disciplinamiento corporal, al orden de las jerarquías y al disciplinamiento de género.

La suma de aprendizajes que derivan los médicos de ese currículum paralelo puede recapitularse a través de varias frases de síntesis que aportaron los propios médicos especialistas participantes cuando se les pidió que resumieran qué les parecía todo aquello, visto ahora en retrospectiva, habiendo ya superado todas esas pruebas, y siendo lo que son hoy en día, gineco-obstetras o médicos familiares en pleno desarrollo profesional. Sus respuestas:

- “También eso es formación”
- “Se aprende a resistir”
- “Nos forma el carácter”

- “Para mí fue muy adecuado, muy drástico, muy duro para que uno pusiera mayor atención en las cosas”
- “Fueron tratos fuertes que al final rindieron frutos”
- “Eso te forma, te curte, te jala...”
- “Entonces aprendes que la disciplina te va formando también y que es parte de ti y que la debes de entender y la debes aceptar como formativa, como propia tuya, para mejorar un poco, a veces se caía en el abuso, pero esto te da jerarquía... y eso te forma y eso te da una valoración de lo que es el respeto, lo que es la lealtad y muchas cosas más”.

Son respuestas que denotan que estos agentes han completado el camino de la socialización, y han sido adoptados plenamente por la institución a la que aspiraron pertenecer. Ahora la encarnan, hablan en su nombre, y pueden incluso fungir como sus promotores ideológicos, como cuando uno de ellos señaló que el currículum paralelo de aquellos años de formación le permitió “aprender a ser un médico que se entrega”, poniendo así en circulación nuevamente la imagen del médico sacrificado que trabaja, ante todo, por el bien de los demás. O como cuando se expresan con gratitud de quienes los maltrataron severamente en el pasado, pero a quienes se les reconoce como un mérito haber sido tan exigentes.

Estamos frente a un aparato, el de la educación médica, que funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de los años y para quienes no desertan en el camino, convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica. Se trata de un aparato que inculca un *habitus* profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el disciplinamiento del cuerpo y en el cultivo de cierta imagen; en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa; en la desigualdad de género.

Son todos éstos rastros de un *habitus* que aún es preciso analizar en funcionamiento, en el espacio hospitalario, en plena interacción con las usuarias de los servicios. Un *habitus* cuya lógica-práctica aún es necesario reconstruir dentro del campo médico al cual pertenece y cuya *necesidad* –en tanto conjunto de predisposiciones estructuradas por, y estructurantes del campo médico– aún hay que demostrar.

No estamos, entonces, aún en condiciones de señalar que ese *habitus* así inculcado desde los años de formación está en el origen de la violación de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud. Pero ciertamente hemos dado un paso en esa dirección. Nuestros siguientes avances deberán mostrar que las dimensiones de ese *habitus* que aquí hemos discernido (más las que se añadan, como resultado del análisis actualmente en curso), efectivamente propenden al mantenimiento de un estilo autoritario en los encuentros con las usuarias, y que dichas propensiones están efectivamente en el origen de la violación de derechos y de las múltiples formas de maltrato que se registran en el espacio de la salud sexual y reproductiva. La ruta general está trazada en términos conceptuales y metodológicos.

Referencias

- Apple, M.W. (1986). *Ideología y currículo*. Madrid: Akal.
- Apple, M.W. (1987). *Educación y poder*. Barcelona: Paidós y M.E.C.
- Bourdieu, P. (1989). *The State Nobility*. Stanford University Press: Stanford, CA.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1996). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bronfman, M., Castro, R. (1989). Discurso y Práctica de la Planificación Familiar en América Latina. *Saúde em Debate* (Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES Londrina, Paraná, (25), 61-68.
- Campero, L., et al. (1998). 'Alone I wouldn't have known what to do': a qualitative study on social support during childbirth in Mexico. *Social science and medicine* 47(3) 395-403.
- Casas, L., Dides, C., e Isla, P. (2002). *Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva*. Santiago de Chile: CORSAPS.
- Castro, R. (2008). Prólogo. La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico. En: Castro Vásquez, Ma. Del Carmen. De pacientes a exigentes. *Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud* (pp. 17-24). Hermosillo: El Colegio de Sonora.

Castro, R. y Erviti, J. (2002). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: B. Rico, M.P. López y G. Espinoza (coords.). *Hacia una política de salud con enfoque de género* (pp. 245-263). México: SSA-UNIFEM.

Castro, R. y Erviti, J. (2003). Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, November, 7(1), 90-110.

Castro, R. y Erviti, J. (2004). El DIU y la obtención del “consentimiento informado” bajo presión: Hallazgos de una investigación sobre violación de derechos reproductivos en México. Ponencia presentada en el IX Congreso latinoamericano de medicina social, salud: un derecho a conquistar, Lima, 11 al 15 de agosto de 2004.

CLADEM. (1998). *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: CRLP, CLADEM.

CLADEM. (1999). *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*. Lima: CLADEM.

CONAPO. (1995). Encuesta Nacional de Planificación Familiar.

Cook, R. J., Dickens, B. M., y Fathalla, M. F. (2003). *Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics, and law*. New York: Oxford University Press.

Diario Oficial de la Federación. (1996). Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 3 de Junio de 1996.

Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Erviti, J., Castro, R., y Collado, A. (2004). Strategies used by low-income Mexican Women to deal with miscarriage and ‘spontaneous’ abortion. *Qualitative Health Research* 14(8), 1058-1076.

Erviti, J., Castro, R., y Sosa, I. (2006). Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios Sociológicos* 24(72), 637-665.

Erviti, J., Sosa, I. y Castro, R. (2007). El respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. La construcción profesional de los derechos reproductivos. Ponencia presentada en el XII Congreso de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, marzo de 2007.

Fajardo-Dolci, G. E., Hernández-Torres, F., Santacruz-Valera, J., Hernández-Avila, M., Kuri-Morales, P., y Gómez-Bernal, E. (2009). Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública de México*, 51(2), 119-125.

Figueroa, J.G. (1990). Anticoncepción quirúrgica, educación y elección

anticonceptiva. Trabajo presentado en la *Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México.

Freidson, E. (1970). *La profesión médica*. Barcelona: Taurus ediciones.

Goffman, E. (1989). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hindes, B. (2002). Neo-liberal citizenship. *Citizenship studies*, 6(2), 127-143.

IMSS. (1998). Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.

Galante Di Pace, M. C. (1996). La atención institucional del parto: contrastes culturales y calidad de los servicios. *Primera Conferencia por una Maternidad sin Riesgos*, Oaxaca.

Harrison, M.L. (1991). Citizenship, consumption, and rights: a comment on B. Turner's theory of citizenship. *Sociology*, 25(2), 209-213.

Husserl, E. (1988). *Las conferencias de París. Introducción a la fenomenología trascendental*. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM.

Langer, A. (1999). Planificación familiar y salud reproductiva, o planificación familiar versus salud reproductiva. En: M. Bronfman y R. Castro (coords). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (pp. 135-150). México: Edamex.

Marshall, T.H. (1950). *Citizenship and social class*. Cambridge: Cambridge University Press.

Matamala, M.I., ed. (1995). Calidad de la atención, género y salud reproductiva de las mujeres. Santiago de Chile: Reproducciones América.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2004) La salud en los objetivos de desarrollo del milenio. http://www.who.int/mdg/goals/041222health_mgdchart_sp.pdf (consultada el 12 de marzo de 2007).

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (1998). Población y salud reproductiva. 25 *Conferencia Sanitaria Panamericana*. 50 Sesión del Comité Regional, 21 al 25 de septiembre, Washington D.C.

Stevenson, F. (2004). Concordance. *Social theory & health*, 2, 184-193.

UNPFA (United Nations Population Fund). (1995). *Program of Action: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto: UNPFA.

Stasiulis D., y Bakan A.B. (1997). "Negotiating citizenship: the case of foreign domestic workers in Canada". *Feminist Review*, 57, 112-139.

Turner, B. (1990). Outline of a theory of citizenship. *Sociology* 24(2), 189-217.

Valdés, R., Molina, J. y Solís, C. (2001). Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Pública de México*, 43(5), 444-454.

Walby, S. (1994). Is citizenship gendered?. *Sociology*, 28(2), 379-395.