

25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México

25 years of research on obstetric violence in Mexico

Roberto Castro,¹ Joaquina Erviti¹

RESUMEN

Se presenta un compendio de la investigación social sobre violencia obstétrica que los autores y otros han realizado en México desde hace varias décadas. El principal obstáculo que enfrenta la investigación en esta materia es la conceptualización que suele hacerse de la misma, desde el campo médico, como un problema básicamente de "calidad de la atención". Sin duda en toda violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud hay un problema de calidad pero el tema no se agota ahí. El predominio de esta errónea construcción del problema explica la falla sistemática que han enfrentado las campañas por la "calidad" de la atención y el reiterado fracaso de los esfuerzos de "sensibilización" de los médicos, fracaso que a su vez se demuestra por las estadísticas de la propia CONAMED. Los esfuerzos de prevención de nuevas violaciones de derechos de las mujeres que se centran sólo en las cuestiones de "calidad" y "calidez" de la atención desconocen la verdadera naturaleza del problema. La propuesta es que el objeto de estudio debe construirse con un enfoque de género, bajo una perspectiva de derechos, y con el auxilio de los conceptos sociológicos de *habitus profesional* y *campo médico*. Tras argumentar la pertinencia de esta perspectiva, se muestra que la violación de derechos reproductivos de las mu-

jes es un epifenómeno de la estructura de poder del campo médico y también una consecuencia del papel que juegan sus principales actores en el mantenimiento del orden social de género vigente. El artículo concluye ilustrando con publicaciones de los autores lo fructífera que resulta esta perspectiva para comprender mejor este problema y erradicarlo más eficazmente.

Palabras clave: derechos reproductivos, violencia obstétrica, campo médico, *habitus profesional*, calidad de la atención.

ABSTRACT

The article presents a compendium of the social research the authors and others have done on obstetric violence in Mexico through more than two decades. The main hindrance this investigation faces is the conceptualization of this matter from the same medical field as a problem of "care quality". Undoubtedly, there is a care quality problem in every women rights violation in the health-care system but the issue does not end there. The predominance of this mistaken construction of the problem explains the systematic failure the awareness campaigns and efforts to increase sensitivity directed to physicians

¹ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, MÉXICO.

Folio 253/2013 Artículo recibido: 14-11-2013 Artículo reenviado: 06-12-2013 Artículo aceptado: 19-12-2013

Correspondencia: Roberto Castro Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Universidad s/n, Circuito 2, C.P. 62210, Cuernavaca, Morelos. México. Correo electrónico: rcastro@correo.crim.unam.mx.

have faced; CONAMED statistics demonstrate said failures. The efforts to prevent new violations of women rights focused only on matters of "quality" and "kindness" of the attention are unaware of the true nature of the problem. The article proposes the object of study must be built with a gender approach, under a rights perspective, and aided by sociological concepts of professional habitus and medical field. After arguing for the pertinence of this perspective, it demonstrates the violation

of women's reproductive rights is an epiphenomenon of the medical field's power structure and a consequence of the role its main actors play in maintaining the current social order of gender. The article concludes illustrating with papers by the authors how fructiferous this perspective is to better understand this problem and to eradicate it more efficiently.

Key words: reproductive rights, obstetric violence, medical field, professional habitus, care quality.

INTRODUCCIÓN

Recientemente, dos casos de mujeres que tuvieron su parto en condiciones inapropiadas en Centros de Salud de los servicios estatales de Salud llamaron la atención de los medios masivos de comunicación. Se trata de Irma López Aurelio, mujer mazateca que dio a luz en el jardín del Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca;¹ y de María del Carmen Ocegüera, que parió en el área de recepción del Hospital de la Mujer de Tehuacán, Puebla.² Independientemente de lo que concluyan las investigaciones pertinentes, estos casos ponen a la vista un viejo problema que, en todo caso, gracias a las tecnologías modernas, se ha hecho más visible recientemente: la violencia obstétrica y la violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud.

El mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años de 2000 al 2012 corresponden al área de ginecobstetricia (2,877 quejas concluidas).³ De nueva cuenta: independientemente de la resolución final adoptada para cada uno de estos casos, los números son indicativos de que estamos frente a un frecuente problema de violación de derechos de salud y de salud reproductiva de las usuarias, en el espacio de los servicios de salud.

El discurso médico dominante concibe a estos problemas fundamentalmente como cuestiones de "calidad de la atención". Bajo esa perspectiva se lanzó la "cruzada nacional por la calidad de la atención" desde la Secretaría de Salud (en el sexenio 2000-2006), y se han promovido múltiples cursos de "capacitación" y "sensibilización" para el personal de salud, a fin de que pueda brindar un "trato digno" a las usuarias. El fracaso de esta estrategia está a la vista como lo demuestra el creciente número de quejas y denuncias en este campo. Las causas de este fracaso pueden estudiarse científicamente.

En efecto, desde hace más de 15 años hemos señalado que es fundamental reconfigurar el objeto de estudio, sustraerlo de la lógica de la "calidad" y construirlo como

un objeto de estudio sociológico en el marco de los *derechos en salud*.⁴ No se trata de meros problemas de "calidad de la atención" sino de violaciones de derechos básicos de las mujeres en el marco de los servicios de salud. Bajo la perspectiva del estructuralismo constructivista de Bourdieu, sostenemos que es necesario estudiar sistemáticamente el habitus profesional de los médicos, así como las condiciones objetivas del campo médico, con el fin de identificar el origen social del autoritarismo médico y vislumbrar, así, estrategias más eficaces para su transformación.

1. Derechos reproductivos y ciudadanía en salud

A partir de la Conferencia Mundial 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 su 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 bajo un enfoque de género. 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.⁵

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la salud reproductiva va más allá de los cuidados para evitar trastornos de salud e incluye necesariamente la explora-

ción de las condiciones sociales que permiten o impiden el acceso a ella. Entre tales factores, la desigualdad de género y la ideología que la sustenta son centrales. Para transformar esta realidad, se requiere de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en trabajo de parto, de la salud y de los derechos reproductivos, la maternidad, el proceso obstétrico. Se requiere analizar también cómo conciben los médicos su trabajo en condiciones críticas, particularmente las relacionadas con las urgencias obstétricas y cómo se vinculan éstas con su práctica profesional cotidiana. Un conocimiento de esta naturaleza nos permite identificar mejor algunos de los principales determinantes de la violación de los derechos de las mujeres en este contexto, así como algunas de las condiciones que obstaculizan el pleno desarrollo de la agenda de la salud reproductiva en el espacio de la salud.

Para enfocar así el problema, resulta de central importancia 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 es fundamental. 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 de calidad por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo.

En países como México, amplias capas de la población permanecen excluidas 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 derechos.⁶ En efecto, desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en muchas instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres. Si bien nuestros trabajos pioneros sobre violencia obstétrica se publicaron desde la década de los ochentas⁷ (en los que documentábamos ya la imposición coercitiva de métodos anticonceptivos durante la atención del parto, en los servicios públicos de salud), ha sido 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 ha documentado la existencia de diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú⁸ así como la ejecución de un programa de Estado para la imposición de la anticoncepción quirúrgica entre los sectores más vulnerables y desprotegidos de la población.⁹ Y aún a nivel más general, tenemos la revisión sobre este problema publicada por *The Lancet*.¹⁰

En el ámbito nacional también desde hace varios años se ha venido acumulando conocimiento sobre la existencia de este tipo de abusos. 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.¹¹⁻¹² En otras ocasiones se ha tratado, bien de investigaciones oficiales, como la *Enaplaf*¹³ o la *Ensare*,¹⁴ cuyos datos sobre problemas de violación de derechos reproductivos han trascendido; bien de informes de investigación académica;¹⁵ o bien de denuncias individuales que publican algunos medios de prensa, ya sea porque las afectadas logran hacer llegar su caso a estos medios, o porque se trata de casos que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres. En este contexto, el Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado por Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal en 1996, constituyó un precedente que contribuyó a visualizar el problema de la violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud, si bien también quedó claro que aún faltaba mucho por investigar y comprender en esa materia. La reciente tipificación de la violencia obstétrica en seis entidades federativas del país, es una expresión de la necesidad política y socialmente sentida de avanzar en el conocimiento de este problema y en su erradicación.¹⁶

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 suele referir como un problema de "calidad de la atención". Dicha conceptualización resulta inadecuada pues remite a una perspectiva gerencial que presupone que las soluciones a este problema se refieren a cuestiones meramente técnicas y de recursos. Necesitamos, por el contrario, adoptar conceptos sociológicos como los de campo médico y habitus profesional para, junto con el de ciudadanía (anteriormente descrito), construir de manera mucho más adecuada nuestro objeto de estudio.

2. Campo médico y *habitus* profesional

El campo médico está formado por el conjunto de las instituciones de salud propiamente tales, el personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo que labora en ellas, así como por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte de los servicios de salud, los investigadores y docentes que operan estas instituciones, los profesores y estudiantes de todas las especialidades, y las industrias relacionadas (farmacéutica, de aparatos, de seguros médicos, etc.).

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 el acceso a ellas constituye un derecho social; 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, dentro de la cual la posición subordinada de las mujeres se naturaliza y, por ende, se mantiene invisibilizada. El funcionamiento de los hospitales y de los servicios de salud en general está pensado bajo una lógica médico-administrativa altamente racionalizante. 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 la intensidad del evento, con los procesos emocionales que están viviendo tanto ellas como las personas que las acompañan, y sobre todo con las necesidades de atención y seguridad que requieren.¹⁷

¹⁸ ¹⁹ Con frecuencia, la atención que ahí transcurre es vivida en términos despersonalizantes y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (i.e. trato de ciudadana, y no de subordinada) se ve reducida al mínimo o eliminada.

Al mismo tiempo, la intensidad de las emociones y la dificultad para enfrentarlas, junto a la carga de trabajo y las presiones con las que normalmente hace su trabajo, ponen al personal de salud en una situación complicada y lo orilla a establecer rutinas tendientes a poner bajo control su proceso de trabajo.²⁰ Se trata entonces de dos lógicas-prácticas diferentes:²¹ 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 que, cuando no coinciden entre sí, contribuyen a reproducir las condiciones que permiten la existencia de un problema de mayor envergadura: la “mala calidad” de la atención que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el

puerperio, o la franca violación de los derechos de las mujeres (violación de derechos que, ciertamente, puede estar vinculada de origen a la deficiencia en las competencias técnicas y a omisiones o errores de juicio médico, pero que sin duda es mucho más que sólo eso).²²

Por su parte, el *habitus* médico es la interiorización de las estructuras objetivas del campo médico que a su vez permite la reproducción de aquellas.²³ El principio de la acción social, dice Bourdieu, estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: entre la historia hecha cuerpo en forma de *habitus* y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del campo médico. Dicho en términos más simples: la conducta regular de los actores es el resultado del encuentro entre un *habitus* particular (es decir, las predisposiciones para actuar de cierta manera), y un campo que le es propicio. Las implicaciones de esta formulación son enormes, por cuanto nos obligan a preguntarnos: ¿en qué medida es posible para los prestadores de servicios —que han incorporado en forma de *habitus* las relaciones de poder y de género del campo médico; cuya “actitud natural” ante el mundo, en términos de Husserl,²⁴ 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 que enfrentan múltiples presiones laborales para atender, con escasos recursos, a una numerosa consulta— en qué medida, decíamos, 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 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 “calidad de la atención”, como un problema cuya génesis debe buscarse también fuera de lo que ocurre dentro del consultorio; sólo concibiendo a la violación de derechos reproductivos de las mujeres 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 *habitus* de los médicos, sólo en esa medida es posible hacer una investigación sociológica auténticamente científica, con perspectiva de género, en esta materia.

3. Las investigaciones acumuladas

A partir de la orientación conceptual previamente esbozada y de manera crecientemente sofisticada,²⁵ el problema de la violencia obstétrica ha sido investigado por el autor (Castro) desde fines de la década de los ochenta del siglo pasado^{7 26} y por los autores (Castro y Erviti), desde hace 15 años cuando, en 1998, con el apoyo de la Fundación MacArthur, iniciamos nuestras observaciones en salas de labor y parto, y comenzamos a realizar entrevistas en profundidad a médicos ginecobstetras. Resulta por ello absurda la pretensión de que la investigación en torno a esta materia se ha inaugurado apenas este año.²⁷

Esta vigorosa y sostenida línea de investigación sobre violencia obstétrica ha incluido observaciones en salas de labor y parto de varios hospitales públicos^{11 12} entrevistas en profundidad a médicos ginecobstetras y a otros profesionales igualmente formadores de opinión pública;^{28 29} entrevistas a mujeres que ingresan a las áreas de urgencias médicas por un aborto en curso o una emergencia ginecológica;³⁰ análisis de las estadísticas de la CONAMED y realización de múltiples grupos focales con estudiantes de medicina, residentes y médicos especialistas con muchos años de experiencia en diversos estados de la república;³¹ de igual manera, hemos realizado un análisis exhaustivo de las más de 170 recomendaciones que sobre abusos relacionados con la consulta ginecobstétrica y la atención del parto han emitido tanto la Comisión Nacional como las Comisiones Estatales de Derechos Humanos desde 2000 a la fecha;³² hemos analizado un amplio número de sentencias emitidas por el poder judicial en esta materia y hemos revisado las noticias sobre este problema aparecidas en los principales diarios del país a lo largo también de más de una década. Nuevas publicaciones con estos resultados están actualmente en prensa y un libro con los hallazgos de todos estos años de investigación en la materia aparecerá en 2014.

Por último, los resultados de estas investigaciones no sólo están disponibles en las publicaciones internacionales y nacionales ya citadas; también se han hecho del conocimiento público en eventos masivos con gran cobertura mediática, como la presentación, en septiembre del 2003, del libro *Género y Política en Salud*, que encabezó el propio Secretario de Salud de entonces, el Dr. Julio Frenk Mora y uno de cuyos capítulos está dedicado a este problema. O bien, presentaciones en congresos nacionales,³³ o la mesa sobre el conflicto de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos, que organizaron los autores en el marco del XXVIII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Estudios Latinoamericanos, celebrada en Junio de 2009 en

Rio de Janeiro;³⁴ o bien en las conferencias que dictaron, el autor (Castro) bajo el título de "Violencia obstétrica como violencia de género", en la III Conferencia Mundial sobre Humanización del Parto y el Nacimiento celebrada en Brasilia en Noviembre de 2010, o la autora (Erviti) bajo el título "Formas diferenciadas de afectación a las mujeres de la criminalización a los derechos sexuales y reproductivos" en el III Congreso Latinoamericano Jurídico sobre Derechos Reproductivos en Cuernavaca en octubre de este año. Todo ello, amén de las múltiples presentaciones de los avances del proyecto realizadas en la Academia Nacional de Medicina y diversas universidades públicas.

REFERENCIAS

1. Inicia CNDH queja por parto en patio. Reforma. 4 de octubre de 2013.
2. Ya se va a aliviar; pásala no seas malito. Reforma. 12 de octubre de 2013.
3. CONAMED. Información solicitada directamente por los autores. 2013.
4. Castro R, Erviti J. Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and human rights*. 2003;7(1):91-110.
5. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla M. *Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics and law*. New York: Oxford University; 2003.
6. Walby S. Is citizenship gendered? *Sociology*. 1994;28(2):379-95.
7. Bronfman M, Castro R. Discurso y práctica de la planificación familiar en América Latina. *Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*. (25):61-8.
8. CLADEM. Silencio y complicidad. *Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en Perú*. Lima: CLADEM/ CRLP; 1998. 112 p.
9. CLADEM. Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998. Lima: CLADEM; 1999.
10. D'Oliveira AF, Diniz SC y Schraiber LB. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *The Lancet* 2002; 359: 1681-1685.
11. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: Rico B, López MP, Espinoza G, editors. *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFEM; 2003. p. 245-63.
12. Erviti J, Castro R. Strategies used by low-income Mexican women to deal with miscarriage and "spontaneous" abortion. *Qualitative health research*. 2004;14(8):1058-76.

13. Consejo Nacional de la Población. Encuesta Nacional de Planificación Familiar. 1995.
14. Instituto Mexicano de Seguro Social. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. 1998.
15. Figueroa-Perea JG. Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva. Trabajo presentado en la Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: 1990.
16. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Omisión e Indiferencia. Derechos reproductivos en México. México: GIRE; 2013.
17. Stevenson F. Concordance. *Social Theory & Health*. 2004;2(2):184-93.
18. Campero L, García C, Díaz C. "Alone I wouldn't have known what to do": a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social science and medicine*. 1998;47(3):395-403.
19. Galante Di Pace M. La atención institucional del parto: contrastes culturales y calidad de los servicios. Oaxaca: 1996.
20. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México*. 1997;39(6):546-53.
21. Bourdieu P. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama; 1999.
22. Erviti J. Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En: Castro R y López A (eds.). *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: UdelaR/CRIM-UNAM; 2010. p. 101-22.
23. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI; 1991.
24. Husserl E. *Las conferencias de Paris. Introducción a la fenomenología trascendental*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas, 1998.
25. Castro-Pérez R. Prólogo. La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico. En: Castro Vázquez MC, editor. *De pacientes a exigentes Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2008. p. 17-24.
26. Castro R. Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. En: Stern C, Echárri C, editors. *Salud reproductiva y sociedad Resultados de investigación*. México: El Colegio de México; 2000. p. 33-66.
27. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M, Arenas-Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*. 2013;18(1):14-20.
28. Erviti J, Sosa I, Castro R. Social origin of contraceptive counselling practices by male doctors in Mexico. *Qualitative health research*. 2010;20(6):778-87.
29. Erviti J. Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en servicios de salud reproductiva". En: Agoff C, Casique I y Castro R (coords.). *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. Cuernavaca: CRIM-UNAM; 2012. p. 119-143.
30. Erviti J, Castro R, Sosa-Sánchez IA. Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. *Estudios sociológicos*. 2006;24(3):637-65.
31. Castro R. *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. En: López RCyA, editor. *Poder médico y ciudadanía El conflicto de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: UdelaR/ CRIM-UNAM; 2010. p. 51-72.
32. Castro R. Indicios y probanzas de un hábitus médico autoritario. El caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. En: Agoff C, Casique I, Castro R, editors. *Visible en todas partes Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. México: Miguel Ángel Porrúa/ CRIM-UNAM; 2013. p. 145-65.
33. Erviti J, Sosa IA, Castro R. Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. *Salud Pública de México, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. 2007;49 (1):E161-E5.
34. Castro R, López A. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM 2010.