

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 38 / 2022 - e22501 / Castro, R. / www.sexualidadsaludysociedad.org

ENTREVISTA

Roberto Castro Pérez¹

> rcastro@crim.unam.mx

ORCID: 0000-0002-1440-2460

Por Claudia Mercedes Mora Cárdenas²

> claudiamoraca@gmail.com

ORCID 0000-0003-4854-3429

¹ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias,
Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca-Morelos, México

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro,
Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Copyright © 2022 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22501.e>

Sociología de la práctica médica autoritaria: un diálogo sobre sus bases teóricas, éticas y empíricas

Presentamos a continuación el resultado de un diálogo impar con Roberto Castro, Sociólogo de la Universidad Autónoma de México, Investigador Titular “C” del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM/UNAM), cuyas investigaciones abarcan temáticas de gran importancia analítica, social y política, como las concepciones de salud-enfermedad, las prácticas caracterizadas como Violencia Obstétrica (VO), la violencia contra las mujeres, la anticoncepción y el aborto. Su producción académica, realizada frecuentemente en colaboración con otras investigadoras, se caracteriza por la versatilidad y pertinencia en el uso de distintos arsenales metodológicos: desde estudios demográficos, pasando por etnografías en servicios de salud, análisis de fuentes secundarias (por ejemplo, testimonios de mujeres universitarias). Además, encontramos sólidos aportes a la sociología de la salud en sus textos, con sistematizaciones teóricas y reflexiones particulares sobre el lugar de las ciencias sociales en la salud colectiva (Castro, 2011; Castro, 2016a). Recientemente incluso publicó un balance de la sociología de la salud en América Latina (Castro, 2021).

En esta entrevista Roberto nos relata, con escueta honestidad intelectual, como se construyeron las bases epistemológicas de sus investigaciones sobre la violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud a lo largo de casi tres décadas, así como algunas reflexiones éticas derivadas de su trayectoria académica. Este diálogo, pues, nos permite comprender como el investigador desarrolla la categoría *habitus médico autoritario*, a partir del uso riguroso y consistente de la teoría bourdiana. Además, nos ofrece una mirada sobre el desarrollo de los estudios sobre género, violencia y salud en México y América Latina, incluyendo los desafíos asociados al contexto de la pandemia por Covid-19.

Como intelectual dedicado hace más de dos décadas a temas que tienen como común denominador género, prácticas de salud y violencia, sería interesante saber más sobre las implicaciones teóricas, éticas y empíricas de esta trayectoria. ¿Cómo fuiste identificando y eligiendo los instrumentales teóricos para problematizar sociológicamente asuntos relacionados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos?

Supongo que eso le pasa a mucha gente que se dedica a la investigación académica, un tema te va llevando a otro. Cuando hice mi tesis de doctorado entre 1990 y 1993 en la Universidad de Toronto (Canadá), mi objetivo era hacer una etnografía que fuera un estudio sociológico de la experiencia subjetiva de la salud y los padecimientos en una comunidad rural de México. De allí salió mi primer libro de investigación académica, *La Vida en la Adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza* (Castro, 2000) en el 2000, 10 años después de haber realizado la investigación.

¿Qué quería yo ahí? Quería sociologizar la experiencia de la salud y de los padecimientos. Había leído *El suicidio* de Durkheim y me pareció fascinante mostrar que, más allá de la decisión individual que cada persona toma en su vida, hay patrones y regularidades. Conocía un poco de las reflexiones de Bourdieu sobre el gusto, la distinción y su idea de que, en algo tan íntimo, tan personal como los gustos, se puede hacer sociología de eso. Entonces, a mí me interesaba hacer sociología de algo tan subjetivo que es ¿cómo experimentas los síntomas de los principales padecimientos?, ¿cómo experimentas la salud? Ese primer libro se basa en eso, es un estudio fenomenológico y hermenéutico, basado en muchas entrevistas en profundidad con gente de una comunidad rural que se llama Ocuituco. Esta era una comunidad de 3,200 habitantes en esos años, con la mayoría de sus habitantes viviendo en una economía de subsistencia. Se encuentra en el estado de Morelos, a dos horas y media del sur de la Ciudad de México.

En las entrevistas, las mujeres hablaban constantemente de cómo les había ido en el embarazo y parto. El tema de la reproducción también me interesaba, pero yo no estaba todavía, ni de chiste, en temas de violencia obstétrica o de violencia contra las mujeres. Un hallazgo que iba saliendo cuando yo les preguntaba ¿cómo estaba de salud?, ¿cómo reconoce usted cuando se siente mal?, en fin, muchas veces las respuestas tenían que ver con la violencia que sufrían de su pareja, el acoso que sufrían las mujeres o el maltrato que sufrían en los servicios de salud. Esto hizo que me pusiera a estudiar violencia.

Hubo una entrevista en particular de una mujer que me decía que su marido le pegaba, pero cree que cuando estuvo embarazada fue cuando más le pegó.

En aquel momento, me quedó rondado la pregunta de ¿qué relación hay entre embarazo y violencia contra mujeres? Es decir, ¿se incrementa?, ¿el embarazo hace que los hombres sean más agresivos o no? Estas inquietudes dieron lugar a mi primera investigación en el tema de la violencia, específicamente violencia contra mujeres embarazadas, de la que salieron también varias publicaciones en revistas científicas de México y de Estados Unidos (Castro et al, 2003a; Castro et al, 2003b; Castro e Ruiz, 2004; Castro et al, 2006; Castro 2004).

Mientras trabajaba y publicaba sobre este tema recibí la invitación del Instituto Nacional de las Mujeres para incorporarme al equipo que diseñó la Primera Encuesta de Violencia Contra Mujeres en México en general en el año 2002. Esto me metió de lleno en el tema de violencia contra mujeres, pero yo nunca dejé las cuestiones de salud. Como que se abrieron dos ejes: violencia contra mujeres en general y mis preocupaciones más sociológicas en el tema de salud, experiencia subjetiva, etc. La violencia contra las mujeres en confluencia con la salud me llevó al tema de Violencia Obstétrica.

A su vez, este tema me ha llevado a preguntarme ¿cómo se forman los médicos?, quienes son los que ejercen la VO y es eso en lo que estoy ahora. Entonces, un tema te va llevando a otro, pero claro siempre en una misma línea de interés que, en mi caso, es la sociología. Soy absolutamente fanático, apasionado, de la sociología porque me deslumbran los hallazgos de un buen estudio sociológico y lo que ilumina. Mi interés por ir aplicando esa herramienta para descubrir cosas que estaban cubiertas ante nuestros ojos es lo que me ha impulsado todos estos años.

El conocimiento praxeológico entra en esta historia cuando empiezan las preguntas sobre qué pasa con la formación médica ¿Ese interés por utilizar el referencial de la teoría de Bourdieu al inicio de tu trabajo está menos explorado y va ganando más fuerza gracias a las preguntas relativas a las prácticas de las y los médicos?

Qué bueno que me preguntas eso porque también es importante que los investigadores demos a conocer, sobre todo los que ya estamos establecidos, cómo hemos evolucionado para desmitificar las trayectorias y que los y las estudiantes vean como esta es una ruta que también pueden construir. En mi caso, tenía nociones muy remotas del enfoque de Bourdieu en la maestría y el doctorado, pero no era una herramienta que usara. En el 2004-2005, ya siendo investigador de la UNAM, hice un sabático en la Universidad de Berkeley y Loic Wacquant me aceptó en su curso de teoría sobre Bourdieu como oyente.

Para mí era un asunto pendiente estudiar a ese autor en profundidad y el curso de Wacquant resultó una revelación.

Años antes de mi año sabático, había hecho el estudio sobre observaciones en salas de labor y parto en hospitales que reporto en varias publicaciones bajo el término *violación de los derechos de las mujeres en las salas de labor y parto*. No obstante, cuando adquiero este nuevo enfoque teórico, veo que este material se puede reinterpretar mucho más lúcidamente. Entonces, me di el tiempo para trabajar las observaciones registradas por las etnógrafas que entraron a estos hospitales y, así fue como, escribí *Génesis y Práctica del Habitus Médico Autoritario* (Castro, 2014a).

Eso es lo fascinante de la sociología, de pronto un montón de cosas que permanecían no explicadas se iluminan cuando aplicas el aparato teórico correcto y te das cuenta de que ahora tienes un concepto. El *habitus* me explica cuando la antropóloga registra en el diario de campo: “el médico regaña a la mujer, le quiere hacer un tacto y la mujer presenta resistencia y el médico le regaña y le dice Angélica no estamos aquí jugando, tienes que abrir las piernas y cooperar”. Esa conducta es inexplicable hasta que aparece el concepto de *habitus* porque uno se podría preguntar ¿ese médico cree de verdad que la mujer está jugando en medio del dolor, resistiéndose a que le hagan un tacto porque le va a doler más?, ¿por qué le dice “no estamos aquí jugando”?

El *habitus* es una propensión preconsciente impulsada desde el cuerpo a actuar de X manera, sin pensar más nada. Entonces, en ese contexto autoritario, el médico percibe de manera infantilizada a la mujer y se dirige a ella como un padre o una madre se dirige a un niño o niña llamando al orden: “ya no estoy jugando, te quedas quieta”. Este ejemplo y un montón de otros hallazgos que están en ese artículo de pronto quedaron ordenados y explicados porque aplicamos el cuerpo teórico correcto.

La categoría *habitus médico autoritario* ha sido pensada para la profesión médica y la formación médica. Me gustaría saber si ¿has identificado una propensión generalizada en la formación de otros profesionales de la salud?

Muy interesante lo que preguntas porque mi trabajo en este momento me ha llevado a aplicar esta categoría al campo de los y las gineco-obstetras. Aprovecho para resaltar los y las gineco-obstetras, a partir de la perspectiva de género que adquirí en el doctorado, pues constantemente me preguntan “¿las mujeres gineco-obstetras son igual de autoritarias?” y respondo “claro que sí” porque no es un problema de sexo es un problema de género; la

profesión está generizada en términos masculinos. Esto quiere decir, aunque seas mujer biológicamente hablando o trans, el ejercicio de la socialización profesional exige a hombres y mujeres incorporarse a una versión masculina de la profesión y ejercerla desde ahí.

Empíricamente, antes de hacer el doctorado, yo había tenido oportunidad de observar a las trabajadoras sociales y las enfermeras, que son otras dos profesiones dentro del campo de la salud muy autoritarias en México, no sé en otros lugares. Viendo el trato que se dispensaban de la jefa a la subordinada y a la de más abajo percibí que son profesiones militares o por lo menos lo eran. No he hecho investigación en concreto en esas profesiones, es una agenda pendiente.

A fuerza de moverme hacia el tratar de estudiar con más detalle cómo son formados los y las gineco-obstetras, he tenido que romper ese cerco y ponerme a estudiar cómo son formados los médicos residentes en general, los que están estudiando sus especialidades. Es de no creerse el nivel de autoritarismo, exigencia y opresión al que están expuestos los médicos residentes y sorprende que, aunque haya quejas de los residentes cada tanto, no se haya puesto la mirada más detenidamente en ese punto. Eso es lo que estoy estudiando ahora, la formación de médicos residentes en esos esquemas tan jerarquizados, tan brutalmente explotadores. El sistema de salud de México descansa básicamente en los y las residentes porque es mano de obra barata.

Entendí, entonces esta mirada hacia la formación médica va a traer nuevos descubrimientos en relación a la génesis y reproducción de esas prácticas.

Yo creo que sí.

En 2014 recibiste el Premio Iberoamericano en Ciencias Sociales otorgado por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM en su séptima edición, gracias al artículo *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México* (Castro, 2014a) ¿Qué significa este reconocimiento en términos del lugar de la salud en las ciencias sociales?

Esto también ha resultado muy interesante para mi trayectoria. Yo llevo 25 años trabajando en el CRIM/UNAM. Antes trabajé en el Instituto Nacional de Salud Pública, organismo que pertenece al campo médico y está dirigido por personal médico, aunque esté dirigido por especialistas en salud pública. Mi trabajo allí era visto como marginal y bajo una gran interrogante, me

decían “está bien que estés haciendo cosas de salud, pero ¿desde las ciencias sociales?”. Recuerdo cuando en 1987 sometí a la comisión de investigación mi primer proyecto para salir a Ocuilco a hacer campo, donde proponía hacer un estudio etnográfico, entrevistas en profundidad, etc. Dicha comisión emitió la recomendación “en general es cuestionable no cuantificar” (risas). Yo tuve que escribir toda una refutación diciendo “no, la investigación etnográfica tiene otra lógica, aquí no importa lo estadístico”, y me lo aprobaron. Todo esto para decir desde donde venía yo.

Entre 1990 y 1993, hice mi doctorado y regresé al Instituto, pero en 1997 me cansé y me vine a la UNAM. Aquí la situación se invirtió, en este centro lo importante es ser científico, cientista social, y cada uno tiene sus objetos, como medio ambiente, migración, desigualdad social, etc., y yo llegué con salud. Nuevamente, la gran interrogante era ¿salud, eso qué tiene que ver con sociología? Desde entonces, he ido abriendo e impulsando esa área en este centro y, cuando se me otorga este premio, me emocionó mucho porque el tema que yo había presentado en ese artículo no es un tema particularmente bien colocado en la jerarquía de los objetos de investigación de las ciencias sociales. Es decir, dentro de las ciencias sociales los objetos están jerarquizados y hay objetos “prestigiosos” de investigar, es necesario investigarlos. Los objetos que están en la cúspide son objetos muy importantes, como la desigualdad, la opresión de género, la explotación, ahora la destrucción del medio ambiente, la situación de las poblaciones indígenas, entre otros. Todos esos son objetos muy legítimos, muy legitimados. Ahora, que alguien viniera a ganarse el premio estudiando cómo les va a las mujeres cuando paren en los hospitales, era algo así como “¿de qué me están hablando?”. Es un premio que permitió mostrar que hay zonas pequeñas y normalmente ignoradas en el ámbito de las ciencias sociales, como sociología de la salud donde hay toda una agenda que hacer ahí. La verdad fue muy honroso y emocionante para mí recibir esa distinción, la más importante que he tenido en mi vida.

Hay una conexión entre este artículo y la publicación del libro *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos en 2015* (Castro y Erviti, 2015). El término *sociología de la práctica médica autoritaria* ¿pretende instaurar un campo o una línea de estudios distintiva dentro de la sociología de la salud?

Ese término fue formulado pensando exactamente en eso que dices porque sociología de la práctica médica existe desde hace mucho. Cuando se funda la

medicina social en América Latina en 1975, uno de los trabajos precursores fue el de Ana Cristina Laurell, quien trata de mapear el campo y dice: “las áreas de la medicina social son: salud enfermedad, saber médico y práctica médica”. Entonces, allí estaba legitimada la vertiente de estudiar la práctica médica, pero no se habló por muchos años de la práctica médica autoritaria. La intención con el título del libro es decir que no es cualquier práctica, no es la relación médico paciente la que nos interesa, sino la práctica médica autoritaria.

Eso nos pone a estudiar cuestiones de poder, dominación y relaciones de género en un campo tradicionalmente noble, que se presenta a sí mismo como “los médicos están salvando vidas, los médicos son bienhechores de la humanidad”. Por supuesto los médicos sí salvan vidas y hacen el bien, pero precisamente por ser un campo visto como consagrado no se le ha estudiado para desmitificarlo o desencantarlo, como decía Weber. Es un campo encantado, mágico casi, lleno de puras buenas intenciones, pero cualquier usuario de los servicios de salud sabe que no es tan bonito como lo pintan y todo eso puede ser objeto de estudio sociológico. Eso es un poco la idea del título.

Haciendo un balance de lo que ha sido observado en estos 25 años de trayectoria en la UNAM: ¿qué cambió, ¿qué permanece y en dónde hay oportunidades de agencia por parte de las mujeres? Hablo desde mi experiencia en el Instituto de Medicina Social, donde hay un interés creciente en entender los saberes de las parteras y doulas, cómo su presencia y sus formas de organización pueden contribuir en términos de agencia para las mujeres durante la gestación y el parto. Me gustaría saber si esto ocurre también en México, es decir, ¿es posible visualizar alguna brecha para transformaciones o resistencias a esas prácticas tan arraigadas?

Sí, claro y te diría que para responder a eso hay que adoptar la perspectiva de “campo” precisamente (de Bourdieu). Es decir, entender a la práctica médica, en particular la de atención de partos, como parte de un campo y, a su vez, si metes el concepto de campo tienes que pensar el campo en relación con otros campos. Entonces, yo retraduciría la pregunta que me haces a estos términos ¿qué ha pasado en el campo? Ha habido desarrollos normativos, legales y se ha reconocido la VO como una forma de violencia contra las mujeres, esto apareció en estos años y significa un cambio fundamental. No obstante, ese cambio que se dio en las leyes, en el campo jurídico, no ocurrió en las escuelas de medicina. Lo mismo puede decirse de las desigualdades de género al interior de las facultades y escuelas de medicina: el cambio ha llegado pero no ha

sido homogéneo, de manera que en algunas se siguen observando pautas de género misóginas y machistas (Castro, 2016b). Ahora estoy tratando de hacer investigación con médicos porque quiero sondear más en profundidad como ven eso de que ya está en la ley la VO como una forma más de violencia contra las mujeres, pero en la época de Covid-19 es muy difícil acceder a ellos y ellas. En general, los y las médicas lo encuentran muy agravante.

Otro cambio ha sido una cierta exposición, por parte de ciertas escuelas de medicina, a la discusión sobre VO y una sensibilización al respecto. La dificultad es que muchos de los problemas son estructurales, o sea, sí hay una formación de *habitus médico*, pero el *habitus* funciona -como tú sabes- si entra en contacto con el campo correcto. El *habitus* de un futbolista no se activa si está caminando por la calle, ahí no va jugando como un futbolista, pero mételo a la cancha y se transforma, automáticamente le sale el *habitus* del futbolista. Igual pasa con los y las médicas, pueden ir dándose cuenta de la manera autoritaria y no respetuosa en la que se atienden los partos cuando escuchan en una conferencia los hallazgos de mis investigaciones y, en general, reconocen lo que digo.

No obstante, ese reconocer lo que digo no es en el sentido de que aprecien lo que estoy diciendo, sino reconocer en el sentido de que les es familiar, ya lo conocían, y dicen “sí es cierto, eso pasa, así son las cosas”. Otro cambio que también se ha dado es una cierta receptividad positiva respecto al tema. Sin embargo, hay una profunda dificultad estructural para cambiar las cosas porque los hospitales siguen organizados para que no haya agencia por parte de las mujeres. Claro, son hospitales organizados con una lógica industrial, donde hay que atender a una mujer tras otra, muchas al mismo tiempo.

En ese sentido, todo el movimiento impulsado desde el Brasil del parto humanizado, que se ha ido extendiendo por toda América Latina, va junto con el resurgimiento de la partería y el papel de las doulas que acompañan. No obstante, a las doulas no se les deja entrar normalmente a los servicios de salud y son un privilegio de clase para una mujer que puede ir a un hospital privado y negociar previamente su entrada. Por tanto, cambios ha habido, pero hay problemas de organización y estructurales muy graves que no es cuestión de que un decreto presidencial para cambiar la organización de los servicios porque por detrás están recursos limitados, rezagos históricos, entre otros problemas.

En mis clases, cuento constantemente cómo nos preparamos mi esposa y yo para el nacimiento de mis hijas, que ahora tienen 26 y 24 años. Estuve en el parto de ambas y, a partir de esta experiencia, defiendo que debería ser una política de Estado organizar los servicios de salud para que las parejas

que quieran puedan estar presentes en la labor y parto. ¿Por qué? porque hay que ver a la mujer que uno quiere en trabajo de parto para destruir un montón de mitos, ¿qué es eso de que las mujeres son débiles y dependen de los varones? No, mírala y acompáñala en trabajo de parto y vas a ver si no la respetas y no te cambia la imagen de lo que son las mujeres, esto tendría un efecto tremendo en términos de concientización. De manera que, hay que pensarlo entonces al revés, una posible fuente indirecta de reproducción de las relaciones patriarcales tiene que ver con la exclusión institucional de los varones en el acompañamiento de parto. Diciendo esto, podemos concluir que sí hay cambios y, al mismo tiempo, hay unas barreras fenomenales.

Puedes localizarnos temporalmente en la formulación de la ley que citas.

Es la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) que identifica tipos y ámbitos de violencia, también está incluido el feminicidio y mandata políticas públicas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. La primera ley de ese tipo que incluyó VO es la de 2007 de Venezuela y, a partir de allí, se han venido produciendo leyes. México tiene su ley general promulgada en el 2007 y, a su vez, los estados mexicanos tienen sus propias leyes estatales.

Adicionalmente, algunos códigos penales estatales, no el Código Penal Federal de México, han incluido a la VO como un delito. Es decir, hablando de judicialización hay estados donde la VO ya está tipificada como delito porque, mientras esté en la otra ley (la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia) no está tipificada como delito, está tipificada como una forma de violencia sobre la que debe intervenir el Estado a través de políticas públicas. Ahora las preguntas son ¿cuántos casos se han consignado? y ¿cuántos casos han llegado a sentencia? La respuesta es cero porque es difícilísimo, no se puede documentar fácilmente un caso de VO en un tribunal y que el o la juez termine dictando sentencia.

El sistema de procuración de justicia tiene muchísimas limitantes y, en particular para las mujeres, muchas desventajas adicionales. Por ejemplo, quien va a denunciar violencia en general todavía encuentra muchas resistencias de parte de los funcionarios encargados de recibir la queja porque no la toman en serio, no les parece un delito tan grave o siguen operando un montón de prejuicios acerca de que “hay otros delitos supuestamente más importantes”, como el señor que vino a denunciar que le robaron el ganado o este otro que está denunciando que lo secuestraron, etc. También hay resistencia y dificultad

con la VO, pues se pone en duda que eso ocurre en los servicios de salud y que el o la doctor(a) le hizo eso. Hay dificultades de muchos tipos para realmente hacer operable esa ley.

Además, en términos de lógica de los campos hay una lucha, por ejemplo, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) -una de las principales organizaciones feministas en México-, hace litigio estratégico y toman ciertos casos que pueden ser paradigmáticos y los siguen. Entre ellos, casos de VO, y han obtenido resultados porque es una ONG con abogadas especialistas trabajando en el caso. GIRE están en contra de que la judicialización sea la vía para el cambio, y yo coincido con ellas, porque lo que necesitamos es a los y las médicas, al personal de salud, de aliados para cambiar las cosas; no del otro lado y persiguiéndolos para que cambien. Hay todo un debate al respecto, por un lado, hay que judicializar o no la VO o, por otro lado, mejor buscamos otras estrategias que sean más eficaces porque de lo que se trata es de cambiar las cosas. Entonces, la pregunta es ¿qué funciona más y más pronto? Llevar las cosas por los tribunales no necesariamente es lo que más pronto va a cambiar las prácticas. Por el contrario, me parece que eso va a generar estrategias defensivas de precaución por parte de los médicos, sin necesariamente cambiar el origen estructural del problema de la VO.

En Brasil, existe la Ley Federal del Acompañante (11.108/05) para el trabajo de parto, parto y posparto. Al parecer, esto ha ayudado a que las doulas, compañero/compañera, padre/madre, etc., puedan participar y ayudar a que el plano de parto sea respetado. Esto ha contribuido para que la mujer sea reconocida como sujeto de algún derecho, aunque no es la solución mágica. Entiendo que el camino que ustedes están apuntando, desde la academia y el activismo, sería generar algún tipo de diálogo transformador ¿sería un camino posible?

Sí, totalmente, porque yo le he visto cuando estamos en un aula o en un hospital presentando resultados sobre la VO a médicos y médicas y enfermeras y enfermeros, ellos son muy sensibles y dicen “sí es verdad eso pasa” o “si ya vamos a tener cuidado”. No obstante, termina la conferencia, salen, van caminando rumbo a sus consultorios y se transforman porque el *habitus* entra en contacto con el campo y todo el hospital está organizado para que no haya agencia para las mujeres. Aun así, tres de mis artículos, se centran en las estrategias de resistencia de las mujeres.

Realizamos un estudio en el Hospital General de Cuernavaca porque supimos que recibía, en promedio, dos mujeres al día con hemorragia vaginal

en curso, muy probablemente por un aborto inducido que, en esa época, era ilegal. En 2021, la Suprema Corte de Justicia decretó que no se puede perseguir a las mujeres por interrumpir el embarazo y esto va a generar cambios en todo el país, esperemos que pronto¹. Volviendo al estudio, lo que hicimos fue esperar en la emergencia del hospital la llegada de mujeres con hemorragia y acompañarlas durante todo su recorrido por el hospital para ver cómo las atendían. En los artículos publicados, mostramos la agencia de las mujeres en cómo manejan la información para no ser condenadas, siendo toda una acción estratégica de su parte para evadir, en la medida de lo posible, la sanción médica por haber abortado.

Uno de los artículos de este estudio se titula *Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México)* (Castro y Erviti, 2003), en el que mostramos cómo la capacidad de agencia de las mujeres varía en función del grado de estructuración y funcionalidad de sus redes sociales más inmediatas. Los otros dos artículos se titulan *Estrategias utilizadas por mujeres mexicanas de bajos ingresos para lidiar con el aborto* (publicado en inglés (Erviti, Castro y Collado, 2004)) y *Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México* (Erviti, Castro y Sosa Sánchez, 2006). En ellos vimos el otro lado, todo lo que hacen los médicos para decidir qué aborto es inducido y cuál es accidental, para clasificar una realidad que les urge clasificar, quien sabe por qué, quizás para ordenar bajo un cierto marco normativo una realidad que, a sus ojos, es difícil de procesar.

En un plano ético y reflexivo, acerca de los desafíos de investigar violaciones a los derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud, puedes comentar: ¿cómo han sido los procesos de negociación junto a las instituciones donde se han realizado tus estudios? y ¿en qué términos es posible plantear la investigación sin que la corporación médica se sienta amenazada?

Precisamente como resultado de los cambios que se han observado, atendiendo a tu pregunta previa sobre el estudio de observaciones en salas de labor y parto en hospitales, ahora hay más resistencia por parte de las instituciones para autorizar un estudio así. Cuando nosotros entramos a hacer las observaciones

¹ <https://brasil.elpais.com/internacional/2021-09-07/mexico-descriminaliza-o-aborto-apos-decisao-judicial-historica.html>

de parto en el año 2000, hace 22 años, no estaba aún consolidado el término de VO. ¿Qué hicimos? Dijimos que queríamos hacer un estudio de observación para estudiar las necesidades de las mujeres durante la atención del parto, no dijimos para observar la VO o la violación de los derechos de las mujeres. Una crítica que yo mismo le hago a esa forma en la que pudimos entrar fue el haber hablado con las autoridades del estado, primero con el secretario de salud del estado quien nos canalizó con los directores de los hospitales y yo les planteé el proyecto. Es decir, entré aprovechando la jerarquía para autorizar la entrada a tres antropólogas. Esto es un problema porque me serví de la propia jerarquía que crítico.

Por otro lado, son hospitales masivos, entrábamos en la sala de labor y ese día había ocho mujeres en labor de parto, de las cuales tres llegaban por primera vez al hospital sin tener consultas previas ni estar registradas, y el hospital tenía la obligación de atenderlas. Entonces, realmente no había condiciones de ponerse a conseguir el consentimiento informado de cada mujer para que cuando llegara la hora de su parto una antropóloga pudiera estar allí. En 20 años las cosas han cambiado, actualmente estoy haciendo una investigación sobre ciber violencia contra mujeres en refugios para protegerse de quienes las violenta y la hipótesis es que ahora son violentadas a través de los celulares y otros medios digitales. En la actualidad, tengo que someter el proyecto a un comité de ética y cumplir una serie de requisitos que no existían hace 20 años.

Consecuentemente, no te puedo decir cómo se da el proceso de negociación en términos de algo que sirva actualmente. Yo mismo ya no podría hacer esa investigación por los requisitos, como el tema del consentimiento informado, que a mí me parece muy importante. Esta es una discusión que hay que tener con mucho más detalle y profundidad, sobre todo cuando se trata de investigación en el campo de las ciencias sociales. No se nos pueden aplicar los mismos criterios que en la investigación en salud y, mucho menos, en la biomédica, donde hay que ser super rigurosos, pero en las ciencias sociales no puedes imponer una lógica que puede destruir tu objeto de investigación. Es decir, hay toda una discusión que dar ahí, no es tan fácil.

Escribí un capítulo sobre ética e investigación en ciencias sociales donde hablo de dilemas éticos que he enfrentado en mi investigación, tremendos algunos de ellos, como esto que te estoy contando (Castro, 2014b). También, hablo de como en Inglaterra, hace alrededor de 10 años, se instituyeron comités de ética para la investigación social, sociología y antropología y la discusión que se dió fue fascinante porque hay argumentos buenísimos de las dos partes. Hay grandes sociólogas y sociólogos, antropólogas y antropólogos diciendo que no nos pueden evaluar igual.

Volviendo a mi dilema, ¿entro o no entro al hospital? ¿No entro porque no tengo manera de conseguir el consentimiento informado de las mujeres y nos quedamos sin saber todo lo que supimos gracias a esa investigación? ¿O entro consciente de que las cuestiones estructurales de organización de los servicios dificultan recabar el consentimiento de las mujeres, pero con el visto bueno de todas las autoridades, y produzco una investigación que va a contribuir a cambiar las cosas? Estos son dilemas éticos muy serios con los que uno tiene que vivir, sopesar pros y contras y tomar decisiones.

La presentación de los resultados de esta investigación con la utilización de términos precisos, como la Violencia Obstétrica, ¿desestabilizó a los y las médicas?

Sí, sin duda. Hemos presentado los resultados en el hospital y en muchos foros médicos. En general, la actitud de los médicos y médicas es de reconocimiento, de decir “sí pasa eso, sí les decimos eso a las mujeres, sí las presionamos de esa manera”. Nosotros no usamos un tono superficial o simplificador que les haga creer a los médicos y médicas que es un problema de virtud o moral lo que los y las tiene actuando así, porque es justamente eso lo que el estudio sociológico nos permite desechar. No es un problema de cualidades morales, dado que puedes ser la mejor persona, pero si estás metida en cierto campo con cierto *habitus* vas a actuar de tal manera, sin que sea 100% determinista porque, lo que si aclaramos siempre es que, nadie está libre de sus responsabilidades. Es un fenómeno sociológico, pero eso no te exime de tu responsabilidad en lo que haces. Entonces, es plantear el problema en su complejidad e invitar al personal de salud a darse cuenta que es algo que vienen viendo, que conocen y que necesitamos comenzar a pensar cómo cambiar.

Es muy interesante que cuando presento estos resultados en los auditorios médicos, los y las profesionales reconocen que eso sí pasa en sus servicios y siempre me preguntan “entonces díganos ¿qué hacemos? ¿cómo lo cambiamos?”. A lo cual respondo, “yo soy sociólogo entrenado para hacer investigación, para *des-cubrir* (porque están cubiertos) ciertos patrones y procesos como los que les acabo de presentar aquí. Ahora, para la solución con todo gusto me siento a la mesa con un equipo multidisciplinario donde estén varios de ustedes y juntos pensar en la solución, pero al sociólogo no se le puede pedir, ya que descubrió el problema, denos la solución. La solución entre varios la pensamos”. A veces veo con pena como ciertos colegas sí se confunden y creen que tienen la obligación de proponer la solución y no, no necesariamente. Yo

me sumo a un equipo que piense soluciones, donde haya médicas, usuarias, tomadores de decisiones, otros científicos sociales, psicólogas, etc.

¿Esto ha sido posible hacerlo en algún momento? ¿Tomar responsabilidad colectiva por lo que está siendo apuntado?

No en mi experiencia, no se da un paso para allá. Eso es un problema tremendo, el vínculo entre investigación y políticas. Es decir, tomadores de decisiones que quieran tomar los resultados de la investigación para implementar cambios, ese vínculo es complejísimo. Lo mismo pasa con los estudios que me han encargado los tomadores de decisiones sobre violencia en general, que son estudios mucho más estadísticos, tipo encuesta. Presentamos los resultados y, para empezar, ni siquiera hay la utilización de los resultados por parte del aparato gubernamental porque vive en la lógica de mantenerse en el poder y la emergencia cotidiana, mientras que la academia plantea otros plazos y horizontes. Entonces, allí hay un problema muy complejo también.

En el artículo *Génesis y Práctica del Habitus Médico Autoritario en México* (Castro, 2014a) es posible percibir una intensidad en las escenas retratadas. La narrativa del texto sugiere como el trabajo de campo ha llevado al límite a las propias etnógrafas dada la magnitud de las violaciones registradas y los planos de las relaciones de poder puestos en evidencia, como relación médico-paciente, racismo y violencia estructural, prejuicios de clase, etnia, generación, entre otros. ¿Cómo han abordado estos aspectos en tu equipo de investigación?

El equipo de investigación era la Dra. Joaquina Erviti y yo, como los investigadores principales, y tres mujeres estudiantes de antropología en su último año de carrera, que hacían las observaciones del estudio. Teníamos una o dos reuniones por semana, donde incluso hacíamos contención porque las estudiantes narraban cómo les trastornaba e impactaban las cosas que veían, ninguna de ellas tenía hijos y vieron por primera vez a una mujer parir y después innumerables veces. Luego, comenzamos a tener más reuniones porque empezaron a contarnos cosas que les pasaban. Ellas tenían la instrucción de ponerse pegadas a la pared de la sala de labor y partos, donde no interfirieran a nadie, ni le estorbaran en el camino a nadie, escuchando, observando y tomando nota. Los turnos eran de una antropóloga por vez, es decir, nunca había dos antropólogas en el mismo turno.

Una de las antropólogas contó que estaba pegada en la pared del quirófano para acompañar una cesárea y el médico estaba por hacer la incisión, le extendió el bisturí a ella y le dijo “hazlo tú, ¿quieres probar?”, a lo que ella se negó. Este gesto hacia la antropóloga -que no era ni médica ni estudiante de medicina que quería entrenar- activó alarmas en el equipo de investigación para cuestionarnos ¿qué cosas están empezando a pasar? y ¿estamos empezando a interferir peligrosamente en el medio? Necesitábamos estar seguros de que no estábamos generando más maltrato del que estamos estudiando o nuevas formas de violencia.

Cuando la antropóloga nos contó este episodio de maltrato denigrante a una mujer que estaba anestesiada por parte de un médico (evento descrito al final del artículo), decidimos parar la investigación. Llevábamos más de tres meses de observación, teníamos material de sobra y no podíamos permitirnos que esto volviera a ocurrir, ni ningún episodio parecido. El criterio fue no podemos ser parte del aparato que genera daño a las mujeres por estar haciendo investigación, ese es un límite total. Por eso decidimos finalizar el campo.

Entonces, fueron tres meses de trabajo de campo, con ejercicios de reflexión continuos, vigilancia ética, epistemológica y técnica.

Incluso al principio les ayudábamos a las antropólogas a hacer mejor sus notas. Nos contaban hasta del acoso que sufrían por parte de los médicos, tratando de conseguir algo más de ellas, por ejemplo, algún médico las invitaba a salir. Había muchas cosas de las que estar platicando y reflexionando. Ese trabajo de campo fue muy difícil, movilizarte y perturbador en muchos sentidos.

Tengo pendiente de publicar, no sé cuándo, una reflexión más profunda y con todos estos años de experiencia en la línea de ética e investigación en ciencias sociales. Es un tema complejísimo.

¿Como ha sido tu experiencia como investigador durante la pandemia de Covid-19?

En México, ante la pandemia hubo lo que se llamó la “reconversión hospitalaria”. Consistió en convertir algunos hospitales exclusivamente en hospitales Covid. Por ejemplo, el hospital de neurología quedó convertido en hospital Covid y quedaron saturados en los primeros dos picos de la pandemia, estábamos frente a una catástrofe. Aquí, en el estado de Morelos, en Cuernavaca el

hospital quedó convertido en Covid y el Hospital de la Mujer, a una hora y tanto de viaje, quedó convertido en el único hospital que atiende partos. Esta reconversión hospitalaria generó daños colaterales en los pacientes de todo tipo, no solo parturientas.

Justamente ahora tengo un proyecto en un comité de ética que espero me lo aprueben. Quiero ir al Hospital de la Mujer de Morelos para entrevistar a los y las gineco-obstetras que estuvieron trabajando durante el Covid, atendiendo partos a todo lo que daban porque se les saturó el hospital. También quiero entrevistar a algunas mujeres que me cuenten cómo les fue en ese contexto en su parto. He podido hacer algunas entrevistas a médicos en el contexto de la investigación de cómo se forman los y las médicas y, el tema es que, ante esta pandemia, algunos de ellos me han contado que estuvieron también trabajando en un hospital Covid, aunque no fueran gineco-obstetras. Entonces, alguna idea tengo de la locura que fue y de lo difícil que fue la atención médica en esos meses.

Tengo una invitación para ir a París en junio a un evento académico organizado por l'Institut de recherche pour le développement (IRD) y l'Institut national d'études démographiques (Ined), sobre la atención del parto en tiempos del Covid-19. Quieren que presente una reflexión sobre cómo se puso la VO en México en tiempos del Covid y estoy en un problema. Me pregunto si en situaciones de emergencia, de saturación de los servicios, de insuficiencia de los mismos, etc., debemos seguir pensando en la VO en los mismos términos o debemos abrir el margen de tolerancia, esta es una duda genuina. Por ejemplo, el número de cesáreas se disparó brutalmente en este país en estos años de Covid porque se decidió “aquí ya no vienes a parir, aquí vas a tener cesárea y vamos, y una mujer y otra.” ¿Eso es o no VO en el contexto de una pandemia?

No sé cómo pensar eso, por eso quiero hablar con la gente que estuvo ahí metida y yo creo que la mejor aportación podría ir en esa línea, en lugar de ir a París a decir “miren cómo se radicalizó, mucha más VO”. Yo prefiero adoptar una posición más incómoda, pero que quizás aporte más elementos de reflexión. No estoy diciendo que entonces no es violencia ni que todo se justifica, simplemente digo “¿en un contexto así debemos pensar la VO en los mismos términos?, o ¿algunas cosas que en un contexto normal sí son VO acá las podemos re etiquetar?” No lo sé, necesito hablar con gente como tú y como muchas otras.

Te comparto mis impresiones al respecto. La primera, a partir de mi propia experiencia de parto al inicio de la pandemia en un servicio privado en Río de Janeiro, Brasil. Semanas antes de la fecha probable de parto indagué si el flujo de la atención, incluyendo el tipo de parto deseado, sufriría alguna alteración (inclusive en caso de tener un resultado positivo para Covid-19). Aparentemente en este servicio la asistencia al parto no sufrió alteraciones significativas, aunque sabemos que mi experiencia es singular como mujer, blanca, migrante, de clase media y con indicación clínica para cesárea. La segunda impresión que tengo se fundamenta en el relato de una enfermera obstetra e investigadora en salud colectiva (Santos, 2020) Según Ariana Santos, las Casas de Parto en Río de Janeiro mantuvieron sus puertas abiertas y no redujeron su capacidad de atención. Entre tanto, la demanda por parto domiciliar entre mujeres negras en situación de vulnerabilidad socio económica aumentó no sólo por el frecuente recelo de pasar por situaciones de *racismo obstétrico*² en algunas maternidades públicas, sino también por el incumplimiento de la Ley del Acompañante durante la emergencia. ¿En qué medida la pandemia cambió determinados valores o dejó en suspenso principios conquistados por el movimiento del parto humanizado³? Es una pregunta muy interesante.

Cuando te imaginas que afuera en el pasillo, fuera de la sala de labor y el quirófano, hay mujeres también en trabajo de parto y que se necesita atenderlas a todas, ¿cómo respetar su parto sin tener que hacer una cesárea para atenderlas más rápido?. Por un lado, la falla está en otro nivel, en los que organizaron así los servicios. Por otro lado, el contexto que me contaron los médicos que atendieron en Covid con los que he hablado es tremendo.

Contexto en términos de reacción inmediata a la demanda que está siendo represada en una sola unidad.

Exactamente, yo no la veo fácil. Con las observaciones que hicimos en

² Categoría desarrollada por la investigadora norteamericana Dàna-Ain Davis (2020) y que viene siendo reinterpretada para el contexto brasileño por algunas autoras.

³ Sobre los datos de violencia obstétrica en Brasil y, en especial, las tasas de cesáreas confirmo que los resultados del estudio Nascer no Brasil 1 (coordinado por la investigadora Maria do Carmo Leal, Fiocruz) indican que 56,6% de los partos en instituciones públicas corresponden a cesáreas y 90% en las privadas (datos recolectados en 2011 y 2012). Al buscar datos más recientes sobre el tema identifiqué que este mismo grupo está desarrollando el estudio Nascer no Brasil 2, con datos de 2020: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>

situaciones normales, en un momento ordinario del país, etc., sí puedo decir eso es VO, ahí está el *habitus autoritario*. No obstante, en el contexto de Covid, me siento raro e incómodo, pero si tengo la sensación de que me estoy permitiendo colocar en forma de pregunta -no tengo respuesta- si se pueden poner ciertas prácticas que se consideran VO en suspenso por la emergencia sanitaria.

Que los y las médicas sigan diciendo “señora tiene que cooperar”, eso sigue siendo VO, hay cosas que no tienen por qué dejarse de lado. Parece que en algunos hospitales obligaban a las mujeres a parir con cubrebocas, pero algunas lo sentían muy agresivo, no podían respirar bien, ¿eso es o no VO?

Durante la pandemia, pasó a ser mayoritaria la cesárea. En México, teníamos 40% de nacimientos por cesárea y 60% por parto normal e iba subiendo la cesárea, pero justo con la pandemia más nacimientos son por cesárea que por parto normal. A mí me parece un dato impresionante. Estamos por publicar en abril de este año un libro que se llama *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina* (Castro y Frías, 2022), para el cual busqué tesis de maestría y doctorado en América Latina que habían hecho sus tesis sobre VO desde las ciencias sociales, porque me parecía una manera de impulsar sus carreras y recuperar el mundo de las tesis que nadie consulta ni conoce y que es riquísimo.

Salieron ocho capítulos muy buenos y, en el prólogo, reflexionamos sobre cómo es posible que tantos nacimientos sean vía cesárea. Se entiende que hay indicaciones clínicas para algunos casos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que no puede ser más allá del 10 a 15%, pero las cifras altísimas de cesáreas que tenemos me llevan a preguntarme ¿qué hemos hecho como especie? Ahora extirpamos a los bebés en lugar de que nazcan, eso debería movilizarnos a todos en una reflexión y en hacer algo.

Si hay una era post Covid, ¿cómo va a quedar ese escenario?, posiblemente no se va a retornar a porcentajes más bajos de cesáreas, pues -intencionalmente o no- determinadas prácticas ahora quedaron más legitimadas dentro de las instituciones. Es decir, veremos si el escenario post Covid puede desestabilizar la propia idea de VO.

Exactamente. Sin embargo, si en esos momentos se reforzó una narrativa de “está bien hacerlo, hay que hacerlo así” sin una contraparte que diga “esto es temporal, estamos en un estado de excepción”, a lo mejor la cosa no vaya a ser fácilmente reversible.

¿Cómo el libro *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina* nos ayuda a entender el panorama de la región en cuanto convergencias, semejanzas o particularidades entre países?

Están Argentina, Brasil, Perú, México. El criterio de inclusión era ser una tesis de maestría o de doctorado en ciencias sociales (antropología, sociología) sobre la perspectiva de la VO. No encontré muchas tesis, a pesar de haber preguntado a mucha gente en diferentes países de AL. Había dos ideas que inspiraron armar este libro. Primero, a mis 61 años me toca impulsar carreras, esto lo estoy haciendo desde hace mucho tiempo porque estoy convencido en el quehacer de las ciencias sociales. Segundo, que fueran trabajos que realmente hicieran una aportación, justamente para mostrar la valía y utilidad de la reflexión desde las ciencias sociales en cosas de salud. Creo que todos esos capítulos iluminan y descubren áreas, así como sistematizan cosas con una perspectiva muy interesante.

En una entrevista que te realizaron recientemente (Castrillo y Hasicic, 2020), tú traes una reflexión muy oportuna sobre la necesidad de ampliar la mirada para la articulación entre género y salud a partir de una perspectiva interseccional ¿Esto aparece en este libro? Desde tu experiencia docente, ¿cómo se ha venido avanzando en términos teóricos o analíticos en esta dirección? Por ejemplo, ¿cómo percibes la incorporación de un abordaje de género, raza/etnia y salud en los espacios académicos?

No estoy seguro de que en el libro haya trabajos ya con esa perspectiva porque la mayoría de los capítulos son etnográficos, creo que hay uno, me parece que en el capítulo de Belén Castrillo, que es uno de los mejores del libro. La idea es que, desde la perspectiva feminista, a partir de donde se impulsó la noción de la interseccionalidad, se ha mostrado como veníamos tratando mal las variables porque las veníamos sumando, como género más clase más etnia más región más generación. Lo que se estaba perdiendo era el efecto que produce la aplicación del enfoque de la teoría de la emergencia, que dice que a veces el todo es más que la suma de las partes. Por ejemplo, el agua no es solo H₂O, sino que aparece una sustancia nueva con propiedades nuevas que no están en ningunas de las partes. Entonces, hay un fenómeno de emergencia.

Así pasa con la interseccionalidad, al juntar dos desventajas sociales aparecen nuevas formas de desventaja que ni siquiera estaban contenidas necesariamente en cada una, sino que ahí se potenciaron y emergió un fenómeno

nuevo. Esa perspectiva es crucial porque creo que veníamos haciendo mal las cosas al modelar los datos en términos aditivos, cuando lo que necesitamos es pensar en modelos y estudios etnográficos que realmente recuperen el enfoque de la interseccionalidad y esta cuestión de la emergencia de qué nueva desigualdad o desventaja social emerge cuando juntas género y raza o clase. Couto et al (2019) acaban de publicar una revisión de mil y tantos artículos sobre investigaciones en salud con enfoque de interseccionalidad, que es un enfoque que está tomando impulso en la investigación, pero no creo que con la misma fuerza en las aulas y en los programas de estudios de género, por lo menos aquí en México. No obstante, hacia allá nos vamos a mover.

Cuando tú dices "estamos haciendo todo mal" y pensando en el caso de la VO, ¿cuáles serían esos ejes de desigualdad que se cruzan y que aparecen de manera más recurrente en tus investigaciones?

Es una buena pregunta. Lo que queda muy claro es que el mismo médico que en la mañana trabaja en un servicio público de salud puede ser muy autoritario, pero en la tarde, cuando va al hospital privado, actúa de otra manera ante un caso clínico idéntico. En la mañana, él está frente a una mujer indígena y todavía puede ser más autoritario porque está en el hospital público y ante una mujer indígena que no habla bien español. Entonces, no es el caso clínico lo que regula su conducta por muy profesional que él crea ser y aunque eso diga la ideología médica profesional, sino que están operando ahí otros factores en desventaja de la mujer que están potenciando un fenómeno de autoritarismo médico.

En el servicio privado también son autoritarios, pero con mucha menos impunidad y con mucho más cuidado porque, finalmente, van a cobrarle a la mujer y dependen de eso. Es como por allí que va la cosa, quedando más claro que nunca que hay una ideología médica que no se sostiene, según la cual el médico es objetivo frente a los datos clínicos, síntomas y signos y actúa porque es super profesional. Sin embargo, actúa motivado por muchas más cosas y hay muchos más disparadores que se potencian justo cuando cruzas varias dimensiones de desigualdad. Esa sería una línea posible, seguramente habría más, habría que pensar más en detalle ese tema.

Con mis estudiantes de maestría y doctorado estamos pensando esas interacciones clásicamente vistas como 'médico-paciente' en términos de esos marcadores sociales a partir de la hipótesis de la medicina y sus practicantes como agentes sociales permeados por una visión informada por la "blanquitud". Buscamos entender cómo ese profesional y su acción es informada por sus marcas sociales y cómo éstas interactúan con las marcas de las usuarias de los servicios. Otras investigaciones vienen formulando preguntas en torno a los modos de agencia o de resistencia, tanto en el escenario de la violencia como en las relaciones íntimas y en los servicios de salud.

Que interesante e importante que estén en esa discusión en tu clase. Haciendo una autocrítica, al inicio de esta entrevista yo decía que las mujeres gineco-obstetras también son muy autoritarias, muchas veces, porque no es un problema de sexo sino de género. También dije que la profesión médica está masculinizada. Ahí falta un enfoque interseccional porque en ciertos contextos está masculinizada y "blanqueada", en el sentido de que opera con los valores y presupuestos axiológicos de "los blancos", expresión que usamos para referirnos a aquellos que pertenecen a clases sociales privilegiadas, es decir que no son pobres y no son indígenas. Entonces, habría que estudiar aquí cuáles son las intersecciones por las que, con una perspectiva interseccional, entendemos mejor qué está pasando con la profesión médica. Es a lo que me refiero cuando te dije que estábamos haciéndolo mal porque íbamos de una variable por una, necesitamos ver la interseccionalidad. Varias feministas están mostrándonos cómo, pero muchos vamos muy atrasados en eso todavía y tenemos que ponernos al día.

Hay varios grupos muy buenos de investigación que están publicando en intersectorialidad, así como también hay trabajos malos, hay que decirlo. Buscas interseccionalidad en salud y salen cosas que no tienen mayor relevancia. Este de Brasil (Couto et al, 2019) es estupendo porque desde que empiezan a hacer la revisión dividen el campo de la salud pública en diversas áreas. Entonces, explicitan para esta área tenemos tantos artículos y el aporte fundamental de la perspectiva interseccional es tal y te ponen qué aportó lo interseccional. Justamente, mi eterna lucha con muchas de las publicaciones en ciencias sociales y salud es que uno lee cosas y se pregunta ¿qué aprendí? Nada o ya lo sabía o le meten conceptos pseudosociológicos a un tema que entendíamos sin esos conceptos y ¿para qué queríamos esos conceptos extras?

En cambio, cuando los estudios realmente iluminan la cosa es cuando uno dice "¡Ah! lo estoy viendo ahora desde otra perspectiva", "profundicé

mi entendimiento” o “vi cosas que no veía antes por el enfoque que se está usando”, ahí sí está funcionando la ciencia social.

Para finalizar, quiero decir que esta es una de las entrevistas más inteligentes que me han hecho. Te felicito, me agradó de verdad y me gustaron las preguntas porque permitieron una conversación más allá de lo meramente anecdótico y superficial. Te pusiste a prepararla, muchas gracias.

Yo tendría que escribir un día algún articulito, una reflexión, sobre cuántas puertas creo se me han abierto por mi fenotipo. Lo importante es mantener la flexibilidad y la vigilancia sobre uno mismo y entendernos como agentes situados.

Bibliografía

- CASTRILLO, Belén; HASICIC, Cintia. 2020. “Contra una sociología de la salud domesticada; Entrevista a Roberto Castro Pérez”. *Cuestiones de sociología*. Enero-Diciembre de 2020. No 22. p. 1-8.
- CASTRO, Roberto. 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. 1ª ed. Cuernavaca: UNAM – Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- CASTRO, Roberto. 2004. *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. 1ª ed. Cuernavaca: CRIM, UNAM – Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- CASTRO, Roberto. 2011. *Teoría social y salud*. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial/ UNAM.
- CASTRO, Roberto. 2014a. “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. *Revista Mexicana de Sociología*. Abril-junio de 2014. Vol. 76, no 2, p. 167-197.
- CASTRO, Roberto. 2014b. “Ética e investigación en ciencias sociales: tensiones, dilemas y el debate actual”. In: DENMAN, C. CASTRO, M.C (Ed.). *Ética en la investigación social. Experiencias y reflexiones*. 1ª ed. Hermosillo, Sonora, México: El Colegio de Sonora.
- CASTRO, Roberto. 2016a. “De la sociología en la medicina social a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexibilidad”. *Salud Colectiva*. Marzo de 2016. Vol. 16, n° 1, p. 71-83.
- CASTRO, Roberto. 2016b. “Pautas de género en el desarrollo del hábitus médico: los años de formación en la Facultad de Medicina, el internado y la residencia médica”. In: CARRILLO F, A.; MORENO T, L (Ed.). 1ª ed. *La perspectiva de género en la salud*. Coyoacán, México: Universidad Nacional de México.
- CASTRO, Roberto. 2021. “Medical Sociology in Latin America”. In: BADA, X.; RIVERA-SÁNCHEZ, L. (Ed.) 1ª ed. *The Oxford Handbook of The Sociology of Latin America*. New York: Oxford University Press. p. 1-18.
- CASTRO, Roberto; ERVITI, Joaquina. 2003. “Las redes sociales en la experiencia del aborto: un estudio de caso con mujeres de Cuernavaca (México)”. *Estudios Sociológicos De El Colegio De México*. Septiembre-diciembre de 2003. Vol. 11, no 63, p. 585-611.
- CASTRO, Roberto; ERVITI, Joaquina. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. 1ª ed. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. 320 p. Available at <https://www.semanticscholar.org/paper/Sociolog%C3%ADa-de-la-pr%C3%A1ctica-m%C3%A9dica-autoritaria%3A-y-P%C3%A9rez-Erviti/4334c6c6f8eddb1de19cad23aa903624f159cfc8> [Accessed on 29.03.2022].
- CASTRO, Roberto; FRÍAS, Sonia. 2022. *Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina*. 1ª ed. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

- CASTRO, Roberto; GARCÍA, Lorena; RUIZ, Agustín; PEEK-ASA, Corinne. 2006. "Developing an index to measure violence against women for comparative studies between Mexico and United States". *Journal of Family Violence*. Agosto de 2006. Vol. 21, nº 1, p. 95-104.
- CASTRO, Roberto; PEEK-ASA, Corinne; RUIZ, Agustín. 2003a. "Violence against Women in Mexico: A Study of Abuse before and During Pregnancy". *American Journal of Public Health*. Julio de 2003. Vol. 93, nº 7, p. 1110-1116.
- CASTRO, Roberto; PEEK-ASA, Corinne; GARCÍA Lorena; RUIZ Agustín, & KRAUS, Jess. 2003b. "Risk for abuse against pregnant Hispanic Women. Morelos, Mexico and Los Angeles County, California". *American Journal of Preventive Medicine*. Noviembre de 2003. Vol. 25, nº 4, p. 325-332.
- CASTRO, Roberto; RUIZ, Agustín. 2004. "Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas: un estudio en Morelos (México)". *Revista de Saúde Pública*. Febrero de 2004. Vol. 38, nº 1, p. 62-70.
- COUTO, Márcia Thereza et al. 2019. "La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas". *Salud Colectiva*. Julio de 2019. V. 15, e1994.
- DAVIS, Dàna-Ain. 2020. "Racismo Obstétrico: A política Racial da gravidez, do parto e do nascimento". *Amazônica - Revista de Antropologia*. Tradução TEMPESTA, Giovana Acacia & ENEILE, Morgana. 12, no 2, p. 751-778.
- ERVITI, Joaquina; CASTRO, Roberto; COLLADO, Ana. 2004. "Strategies Used by Low-Income Mexican Women to Deal with Miscarriage and "Spontaneous" Abortion". *Qualitative Health Research*. Octubre de 2004. Vol. 14, no 8, p. 1058-1076.
- ERVITI, Joaquina; CASTRO, Roberto; SOSA SÁNCHEZ, Itzel A. 2006. "Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México". *Estudios Sociológicos De El Colegio De México*. Septiembre-diciembre de 2006. Vol. 24, no 72, p. 637-665.
- SANTOS, Ariana. 2020. *Do corpo colonizado ao corpo humanizado: Trajetórias e percepções acerca do cuidado perinatal e a agência feminina negra*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.