



Cuestiones de sociología
ISSN: 2346-8904
publicaciones@fahce.unlp.edu.ar
Universidad Nacional de La Plata
Argentina

“Contra una sociología de la salud domesticada”; Entrevista a Roberto Castro Pérez¹

Castrillo, Belén; Hasicic, Cintia

“Contra una sociología de la salud domesticada”; Entrevista a Roberto Castro Pérez¹

Cuestiones de sociología, núm. 22, 2020

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

DOI: <https://doi.org/10.24215/23468904e096>

Atribución no comercial compartir igual (CC BY-NC-SA) 4.0

“Contra una sociología de la salud domesticada”; Entrevista a Roberto Castro Pérez¹

Belén Castrillo

Centro Interdisciplinario de Metodología en Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación-Universidad Nacional de La Plata, Argentina
mbcastrillo@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.24215/23468904e096>

Cintia Hasicic

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina
cintiahasicic@yahoo.com.ar

Roberto Castro Pérez nació en Morelia, Michoacán (México), en 1960. Obtuvo la Licenciatura en Sociología (Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1983); la Maestría en Estudios de Población (Exeter, Inglaterra, 1986) y el Doctorado en Sociología Médica (Universidad de Toronto, 1993).

Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (Nivel III), a la Academia Mexicana de Ciencias, y a la Academia de Ciencias Sociales y Humanidades del Estado de Morelos.

Ha realizado numerosas investigaciones sobre los determinantes sociales de la experiencia subjetiva de la salud, violencias contra las mujeres, violencias en el noviazgo, violencias contra la infancia en México, y sobre la génesis social de la violación de derechos reproductivos de las mujeres en los servicios de salud.

Ha publicado 74 artículos científicos en revistas arbitradas, así como 70 capítulos de libro. Es autor de 7 libros, y es editor o coordinador de 13 más.

Recientemente publicó *Sociología de la Práctica Médica Autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos* (Cuernavaca: CRIM, 2015), y editó el libro *De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencia contra las mujeres en México* (Endireh, 2016) (México: Instituto Nacional de las Mujeres y CRIM-UNAM, 2019).

Otras obras de su autoría son *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza* (México, 2000); *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos* (México, 2004); *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (Montevideo, 2010); y *Teoría Social y Salud* (Buenos Aires, 2011).

Ha realizado consultorías de investigación para el Instituto Nacional de las Mujeres, la Secretaría de Salud, el Consejo de la Judicatura Federal, la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y la Procuraduría General de la República, entre otras dependencias de México.

A principios de 2014 recibió el Premio Iberoamericano en Ciencias Sociales que otorga el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM por su trabajo de investigación sobre la violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud. En diciembre de 2001 recibió el Premio Fray Bernardino de Sahagún (en etnología y antropología social), otorgado por el Instituto Nacional de Antropología e Historia, por su libro *La vida en la adversidad*.

Como docente, Imparte los Seminarios de Investigación Doctoral Métodos Cualitativos I y II en el Programa de Posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, y las asignaturas de

Taller de Métodos Etnográficos y Taller de Entrevistas y Encuestas en la licenciatura en Sociología de la misma facultad. También imparte el curso de Trabajo de Campo II en la licenciatura en Antropología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Ha sido profesor invitado en las Universidades Cayetano Heredia (Perú), Universidad de Lanús (Argentina), Universidad de la República (Uruguay), y Universidad del Valle (Colombia), así como profesor visitante en la Universidad de California en Berkeley y San Francisco.

Entrevistadoras (E): -Lo primero que te queríamos preguntar es sobre la distinción entre "Sociología de la medicina" y "Sociología en la medicina".

Roberto Castro (RC): - Sí, esa es una distinción que propuso un investigador que se llama Robert Straus allá por los [años] 50. En 1957 apareció un artículo en el *American Sociological Review*, que sugería la necesidad de diferenciar la posición desde la cual se hace sociología. Y él propuso que sociología en la medicina es aquella que se hace desde los servicios o de las instituciones de salud, y donde el objetivo fundamental es avanzar la agenda de la salud. Puede haber cosas más colonialistas si tú quieres, como que "vamos a hacer un estudio sobre cuáles son las barreras de aceptabilidad de las vacunas en tal comunidad rural para entonces intervenir en esas barreras y lograr que las vacunas sean aceptadas por la gente". Hasta cuestiones más que podrían tener que ver con la que nos interesan a nosotros, por ejemplo de barreras que dificultan la interacción entre médicos/ médicas y pacientes o usuarios de servicios y cómo se pueden superar esas barreras sin violentar derechos, de manera más democrática. Pero el tema es que, siempre, cuando se hace sociología en la salud lo que importa es poner la ciencia social al servicio de la agenda de la salud para avanzar en los objetivos de las políticas y programas de la salud. En cambio la sociología de la salud supone una objetivación de todo el tema de la salud. Supone hacer de la salud, sus determinantes, las instituciones, sus saberes, sus profesiones, todo, un objeto de investigación sociológica. Y entonces ahí lo que avanza es la agenda de la sociología, de la investigación sociológica. Y en ese sentido, no es una meta o un objetivo del investigador o la investigadora que lo que está haciendo sirva para avanzar la agenda de la salud, sino más bien para problematizar la agenda de la salud y empezar a darnos herramientas para entenderla como lo que es. O sea, será muy útil y es muy importante pero también es un aparato de dominación, también es un aparato de reproducción de las desigualdades. Y ese tipo de cosas normalmente no lo van a ver desde los propios servicios de salud, por la dificultad que tienen para objetivarse y porque no tienen las herramientas sociológicas para hacerlo, o no suelen tenerlas. Por ahí va la cosa. Ahora en algún artículo por ahí (publicado en *Salud Colectiva* en 2016) yo hablo de que, incluso si se hace sociología en la salud, tarde o temprano se termina enfrentando la necesidad de hacer sociología de la salud. No es tan nítida la diferencia entre una cosa y otra. En ese artículo doy el ejemplo del estudio de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, y uno puede empezar de manera muy ingenua, como lo hizo la epidemiología clásica, identificando determinantes, tales como el nivel socioeconómico y el nivel educativo y la proximidad a los servicios de salud, etcétera. Pero en la medida que uno va profundizando la investigación, uno va adentrándose a la problematización del concepto mismo de salud, del concepto mismo de enfermedad, de atención y, tarde o temprano, termina uno dándose cuenta que, eso que decía Straus, que son finalmente expresiones de una forma de existir del Estado en el ámbito de la salud que no resisten a la crítica y que deben ser objetivadas, también. Cuando uno da ese paso, empieza a tomar distancia del objeto y a hacer un análisis de por qué ciertos tipos de definiciones se privilegian, qué consecuencias tienen, qué estrategias de poder se utilizan para difundir la "misión civilizadora de la agenda de la salud", etcétera. Y al rato termina poniendo las herramientas de la sociología para estudiar al campo de la salud, pero mucho menos ingenuamente de lo que plantea la sociología en la salud. Es como un continuo, inevitablemente se llega, si se es consecuente, se transita de la sociología en la salud a la sociología de la salud.

E: -Estaba pensando en esa distinción de la doble dimensión de la práctica médica, como práctica clínica y como estructura de dominación,² ¿un poco podemos pensar ahí ese pasaje?

RC: También, por supuesto y en varios sentidos. Por ejemplo uno muy empírico: en México la interrupción legal del embarazo sólo existe en algunos lugares, en la ciudad de México ciertamente, pero en muy pocos más. Y entonces nosotros hicimos aquí un estudio en Morelos, en Cuernavaca, nos pusimos en las áreas de urgencia, porque teníamos una estadística de una o dos mujeres diarias llegando con un sangrado en curso, y queríamos estudiar cómo eran atendidas, en un contexto donde la interrupción del embarazo es ilegal. Y veíamos que el médico les hacía ciertas preguntas a la mujer sobre "¿cómo empezó el sangrado? ¿Qué lo produjo?", etcétera, o si se lo produjo ella, en fin, pero veíamos cómo ese mismo conjunto de preguntas sirven al Ministerio Público (decimos acá, no sé cómo dirán ustedes allá a la policía), para eventualmente incriminar a la mujer. Ahí el dilema es ¿el médico no puede hacer esas preguntas porque le pueden servir a la policía? No, sí debe hacerlas, pero le está haciendo el trabajo a la policía, también. Bueno, y es un dilema, tenemos una doble dimensión ahí: tiene que hacerla pero no tiene que denunciarla, obviamente, no, no debería. Pero hay contextos donde el gremio médico es muy conservador y muy proclive a denunciar a las mujeres.

Y además en esto de volver a hacer de la salud un objeto de estudio de la sociología de la salud, con esa investigación terminamos, entre otras cosas, escribiendo un artículo que se llama "Las luchas clasificatorias en torno al aborto. El caso de los médicos en hospitales públicos de México". Es decir, ellos argumentarían desde una perspectiva muy clínica que están cumpliendo con su tarea, que están atendiendo a una persona que llegó con una emergencia. Pero en realidad lo que se ve allí es que se da una lucha clasificatoria: "¿esto fue un aborto espontáneo o fue inducido y estaba penado? ¿entonces esta mujer es acusable de cualquier cantidad de cosas? Y mira, además viene sola, entonces es posible que sí, que abortó. Pues no, esta otra sí tiene esposo entonces es una mujer que se acomoda a los estándares". Entonces esto es lo que hacen, según ellos haciendo clínica y en realidad es una lucha clasificatoria para determinar ante quién están, según ellos, y cuál es el trato que le van a dar. Y bueno, eso es sociología de los servicios de salud, de cómo operan y de cómo opera en ese caso una institución del Estado desde la cual se ejercen formas de dominación muy específicas sobre las personas.

E: - ¿Cuál es tu visión, ya que trabajás sobre temas de violencia y de género, sobre este avance del feminismo y qué impacto puede tener para quienes hacemos sociología de la salud?

RC: Acá mismo en México el pañuelo verde ya está por todos lados, o sea, ya por lo pronto han hecho una contribución latinoamericana importantísima en ese sentido. Pero bueno, la agenda es impresionantemente complicada. Por ejemplo, ustedes saben que acá en México aparentemente tenemos un gobierno ahora de izquierda con mayoría en el Congreso, que podrían cambiar la ley en este momento y parece que no lo van a hacer. ¿A qué voy con eso? A que hay que hilar muy fino tanto en la academia como en el análisis político porque a veces lo que parece de izquierda no necesariamente lo es, corresponde a otra lógica aunque sea de "izquierda" porque tienen otros intereses que conservar. Y desgraciadamente no es tan clara ni tan unidimensional la relación entre género y salud, digamos, porque están mediadas por otro conjunto de factores penosamente allí enredados. Yo milité en mi juventud en el Partido Socialista Unificado de México y luego hubo una crisis allí, entonces me pasé al Partido Mexicano de los Trabajadores, y ahora me preguntan que dónde está mi militancia, que qué pasó con esa militancia. Y yo les digo que mi militancia ahora la hago desde la academia. Por una razón: se requieren especialistas, como ustedes que se acaban de formar o estás por titularte de doctora, como especialista, con un entrenamiento muy específico para hacer realmente contribuciones académicas que sirvan a la agenda de derechos humanos, que permitan desenmascarar la agenda de la derecha, etcétera. Es decir, se puede luchar desde muchos frentes, sin dudas, pero la contribución de la academia es difícil de hacer, porque no la puede hacer cualquier persona. Se requiere de formación, de entrenamiento y, en ese sentido, la militancia que podemos tener desde la academia es fundamental. Por ejemplo, ya incluso suena como un poco desactualizado hablar de "género y salud", ¿no? Ahora al género se le entra con todo el tema de la interseccionalidad: ya dimos un paso adelante y ahora es imposible pensar seriamente al género sin pensar en interseccionalidad. Porque no funcionan de igual manera los efectos de la desigualdad en la clase social "x" que en la "y" o no funciona igual entre los desplazados forzados, lo que han sido obligados a moverse por razones de guerra o de delincuencia como en México, o de los que

viven claramente asentados en una colonia de clase media en una ciudad. Entonces género no es ya tan unívoco, tan transparente, tan evidente ¿no? Por supuesto que funciona pero justamente los aportes que se han logrado desde otras perspectivas dentro de las ciencias sociales pueden hacer del género justo la categoría poderosa o más poderosa que requerimos en estas investigaciones. "Género y salud" para mí hoy en día suena a "interseccionalidad y salud", porque es como pobre pensar nada más en una relación de dos categorías en países tan complejos como los nuestros. Por ahí lo pienso yo, no sé cómo lo ven ustedes.

E: -Te quería hacer una pregunta sobre tu concepto de "habitus médico autoritario", quería saber si tuviste la posibilidad de presentarlo a formadores médicos/médicas o en la formación médica.

RC: Fíjate que sí, lo he presentado ante muchísimos auditorios de médicos y la recepción en general es muy buena. Salvo una ocasión en la que no logré una buena comunicación y se molestaron mucho. Pero salvo esa vez, en general, he hecho presentaciones en diversas partes del país, en algunas ocasiones en un auditorio de 900 médicos. Y lo que hay es un reconocimiento, pero no a mí, sino reconocimiento a lo Bourdieu: reconocen los ejemplos que presento. Ya los conocían y los re-conocen una vez más. Cuando pongo cualquier tipo de ejemplo que manejo en mi investigación, porque ustedes saben que tuve la oportunidad de entrar a hospitales y de hacer observaciones allí. Yo estuve poco para no ser muy invasivo, pero tuve que estar en lo que capacitaba a las antropólogas que finalmente son las que se quedaron haciendo las observaciones. Y ese es el material que me ha servido para un montón de cosas, pero entre otras para dilucidar esto del habitus médico autoritario. Y, por ejemplo, de los muchos ejemplos que hay, una enfermera le pregunta al médico "¿y le va a hacer episiotomía, doctor?" y el médico contesta automáticamente "sí, a todas, de castigo" y la enfermera "ay, doctor, jaja". O sea, aparentemente es una broma, pero cuando yo pongo esa viñeta ante un auditorio de médicos y les digo "¿qué broma es esa? ¿Cómo puede el médico pensar que esa es una broma? y además, ¿por qué ser tan espontáneo?" (porque es el habitus, es una predisposición a actuar), los médicos empiezan a asentir y a decir "sí, así es la cosa efectivamente". Es decir, creo que he aprendido a presentarlo de manera que hay un re-conocimiento y se dan cuenta que en efecto así están las cosas y que hay que cambiar ese tipo de cuestiones. Pero, no sé, ¿tú pensarías que allá en Argentina habría una resistencia feroz a este tipo de resultados o qué pasaría?

E: - Pienso que en general lo reconocen, saben. Mirá, te cuento un ejemplo que me contó una estudiante de medicina: había diez estudiantes, el profesor de medicina clínica y me dice que tuvieron 10 minutos a una chica paciente de un hospital público, desnuda adelante de 15 personas que estaban haciéndole preguntas. Y ella me dijo "me pareció terrible". Y yo digo "¿y no hicieron nada?". "¡Noo, es el profesor tal!". Y hasta esa aceptación que hay de la jerarquía médica de no poder decir nada de que están violentando a una persona al lado tuyo porque "es el que me va a tomar el examen". Entonces cuando los pones en jaque de qué modos ellos reactualizan ese habitus médico autoritario, no lo ven, sí lo ven en otros, pero no en ellos mismos.

RC: Claro. Y fijate que justamente en relación a eso que estás diciendo lo que yo suelo decir, en mis presentaciones sobre todo, es que las jerarquías distorsionan nuestra percepción de la realidad. O sea, la realidad no la percibimos nítidamente sino siempre está distorsionada por la jerarquía en la que estamos inmersos. Yo les pongo un ejemplo: "Si yo voy aquí a un cuartel militar (el país está dividido en zonas militares y en cada zona hay un cuartel, aquí en Cuernavaca hay un cuartel) a hacer una visita, es posible que el General me reciba y diga "ay, doctor, pase que nunca hemos tenido un sociólogo aquí, le voy a hacer un recorrido por las instalaciones". Entonces vamos, pero el General se hace acompañar de varios subalternos, un Capitán, un Cabo y cuatro soldados rasos. ¿Y quiénes vamos? Vamos una estructura jerárquica, en donde todos los integrantes saben quién es quién en esa jerarquía, y un satélite, yo, que no soy parte de la estructura. Podemos ir caminando y el General me va mostrando "mire y ahí está donde se guardan los fusiles" y vamos caminando y de pronto el General puede decir "ese pasto está muy largo" y seguimos caminando. Bueno yo, que no pertenezco a esa jerarquía, puede que ni entienda lo que quiso decir y yo hasta le comente "ah, ¿le parece? en mi casa lo dejamos hasta más alto" o cualquier tontera. Pero los demás acaban de escuchar una orden. ¿Cuál es la orden? Si a ti en primaria y a mí en primaria nos enseñaron que una frase descriptiva se compone de

sujeto, verbo y complemento "ese pasto está muy largo", frase descriptiva. Escucharon una orden y se van a encargar de que el General no vuelva a pasar por ahí sin que el pasto esté debidamente recortado. Eso es una distorsión de la percepción, la frase descriptiva se percibe de otra manera completamente diferente en un contexto jerarquizado. Esto es lo mismo, están diez residentes de diversa jerarquía frente al médico con una mujer así como la describes tú y toda la percepción está distorsionada, incluso te lo dicen en la respuesta "¿pero cómo íbamos a hacer algo, si ahí está el médico?". Pueden incluso no darse cuenta de lo violento o no parecerles suficientemente grave la situación porque hay una jerarquía en ese momento distorsionando su percepción de la realidad. Eso ponerlo en conocimiento de los médicos en mi experiencia ha sido profundamente esclarecedor, porque entonces empiezan a cuestionar, a darse cuenta, "¿pues de verdad no hice nada? ¿Por qué no hice nada?" y bueno, hay una razón sociológica. Porque esa es la otra cosa, cuando uno empieza a hablar de estas cosas suele, desde el análisis de la sociología espontánea, terminar acusándolos de baja calidad moral a todos ellos. "Nadie hizo nada", en el ejemplo que me acabas de dar, "porque todos son unos ruines". No, es un problema sociológico, independientemente de que sean ruines o virtuosos, todos actuaron de la misma manera porque había una jerarquía estructurando la manera de percibir y de actuar de la gente.

E: -Te queremos preguntar también por los legados actuales de la medicina social latinoamericana. ¿Vos te ubicás en esa línea?

RC: Sí, bueno ya no se le llama "medicina social", ahora le llamamos "salud colectiva" y por buenas razones. Pero en México sí, en la UAM, que es la Universidad Autónoma Metropolitana, una de las sedes donde nació la medicina social en 1975, se sigue llamando así: la Maestría en Medicina Social. Yo creo que, poniendo el caso de Brasil aparte, para el resto de América Latina mi impresión, pero puedo estar equivocado, es que la salud colectiva que avanza en el conocimiento es una que se hace sobre todo en ámbitos universitarios. La que es tomada en cuenta por los servicios de salud, o no es ni siquiera salud colectiva o es muy light, muy ingenua. Estamos en una situación muy complicada, porque no hay una utilización o un aprovechamiento genuino por parte del aparato de salud de los conocimientos que se pueden lograr a través de la perspectiva de la salud colectiva. En Brasil la cosa está mucho más desarrollada y, sin embargo, en ese artículo donde hablo de la sociología en la salud a la de la salud, hago una propuesta de por dónde podríamos construir el campo de la salud colectiva en América Latina como objeto de estudio, porque sobre todo en Brasil muchos autores hablan de "el campo de la salud colectiva" y yo creo que no es un campo en términos de Bourdieu. En todo caso, la salud colectiva pertenece a un campo, el de la salud poblacional, donde disputan diversas perspectivas: la salud pública, la salud convencional, la salud colectiva, etc. Y me sorprendió cuando hice esa revisión porque encontré muchos artículos quejándose amargamente de que en Brasil mismo la salud colectiva sigue siendo marginal, y no están las ciencias sociales dentro de la salud colectiva. Sigue predominando la epidemiología, sigue habiendo debates de si debemos usar números o no, (¡por supuesto que hay que usarlos!), pero bueno, hay debates de ese tipo. Y es una situación que se puede esclarecer sociológicamente ¿no? Uno puede decir "es una situación triste, lamentable", sí, pero más allá de eso es una situación que uno podría explicar sociológicamente: ¿por qué hay una ciencia social en salud domesticada, que es la que se encuentra en el aparato de salud, que avanza poco, no es más que una ciencia convencional; y una ciencia social crítica, la salud colectiva, pero que casi no es tomada en cuenta por el establishment? Vivimos en una situación de subalternidad, de marginalidad y ahí el reto para los que estamos en eso es pensar "¿y cómo vamos a hacer para acceder al poder, literalmente?". En México se supone que estamos viviendo un experimento interesante porque, se supone, que desde la Secretaría de Salud hay la misión por lo pronto de hacer lo que hicieron en Brasil, que es crear el Sistema Único de Salud. En México tenemos un montón de instituciones que proveen servicios de salud y eso da lugar a que haya gente que tenga dos o tres coberturas, y hay gente que no está protegida por ningún sistema, ninguna institución. Y según eso se va a dar el paso a crear un sistema único como en Brasil, es un problemón eso administrativamente y no digamos ya políticamente.

El tema es, en este tipo de contextos como en este país, ¿cuál es el papel de la salud colectiva en esta agenda política? Y no está claro, no están claros el tamaño de los actores, su peso real y sus posibilidades de acción.

Finalmente las inercias y las tendencias a la resistencia de muchos actores es fenomenal, brutal, enorme, y bueno, está por verse la capacidad de reingeniería de este tipo de aparatos. Creo que la salud colectiva no la podemos dejar de pensar si no es siempre en sus vertientes: política y académica. Porque uno puede leer un artículo muy luminoso pero sin efectos políticos y uno tiene que saber que es un artículo muy luminoso sin efectos políticos, y no nada más que es un artículo luminoso.

E: -Bueno pero acá (Argentina) hay como un freno: nosotros no entramos a la Facultad de Medicina. Las sociólogas y los sociólogos somos satélites.

RC: Sí, claro, sí y eso es interesantísimo de estudiar. Ahora justamente, publiqué aquel trabajo sobre habitus médico autoritario, pero si uno ha de ser consecuente con la teoría de Bourdieu, uno tiene que construir el campo también. Entonces ahora estoy trabajando en eso con una colega que es médica y luego estudió Filosofía de la Ciencia, Marcia Villanueva. Ya van dos artículos que sacamos sobre cómo se organiza el campo médico: las jerarquías entre las profesiones o las especialidades, etc. Y ahora tenemos aceptado en Ciencia y Salud Colectiva de Brasil un artículo sobre los sistemas de jerarquización dentro de la profesión médica, muy interesante. Y bueno, ese tipo de cosas me parece que es indispensable hacerlas porque, como científicos sociales, ya ustedes tienen la experiencia de que la Facultad de Medicina está cerrada, yo la tengo desde hace mucho. Parcialmente porque generalmente quizás al cabo de los años uno va desarrollando redes y puedes entrar un poco, me invitan a veces a dar una charla en Salud Pública nada más, en la Facultad de Medicina; no en Cardiología ni nada [risas], pero algunas entradas hay. Pero el tema es que, empíricamente, gentes como ustedes o como yo, desde hace mucho conocemos que hay barreras, y podemos estudiar cuál es el origen social de esas barreras, cómo funcionan, etc., es decir, hacer algo con nuestras herramientas sociales para dilucidar ese tipo de obstáculos e ir más allá de la experiencia de "ay, no nos dejan entrar". Es decir: hagamos de eso un dato y estudiémoslo, y avancemos en el conocimiento y así uno deja de transitar como cualquier otro ciudadano y transita uno como especialista que somos en ese tipo de ámbitos, desencantando el mundo, ¿no?, decía Weber. El mundo tiene una narrativa propia de sus instituciones y uno va desencantando, y va descubriendo la verdad sociológica de las cosas que uno va conociendo.

E: - Roberto queríamos cerrar preguntándote cuáles creés que son los desafíos futuros pero creo que los dijiste un poco: convertir esto en dato, estudiarlo...

RC: Vamos paso a paso. Pero eso les digo siempre en mis seminarios, cuando los estudiantes me dicen "uy me acerqué a la institución donde voy a estudiar y vi cómo me cerraban las puertas o se hicieron los tontos o me dijeron puras mentiras", y yo les digo "todo es un dato, todo es un dato". No tiene que estar en la definición formal del dato "ya estoy haciendo la entrevista, entonces sí, ahora es dato". No. [Se corta el audio y ya es el final]. Están ahí, se nos brindan a nosotros, no nos da tiempo de anotarlos, y menos de sistematizarlos. Pero es cosa de práctica, pero se puede.

Bueno Roberto, estamos muy encantadas y te agradecemos tu tiempo...

Fin de la entrevista.-

REFERENCIAS

- Castro, C. P., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Straus, R. (1975). The nature and status of medical sociology. *American Sociological review*, 22(2), 200-204.

NOTAS

- 1 Entrevista realizada en septiembre de 2019 a través del sistema videollamada en comunicación a distancia con la ciudad Cuernavaca, estado de Morelos, México.

2 Castro y Erviti (2015).

CC BY-NC-SA